elte | ppk

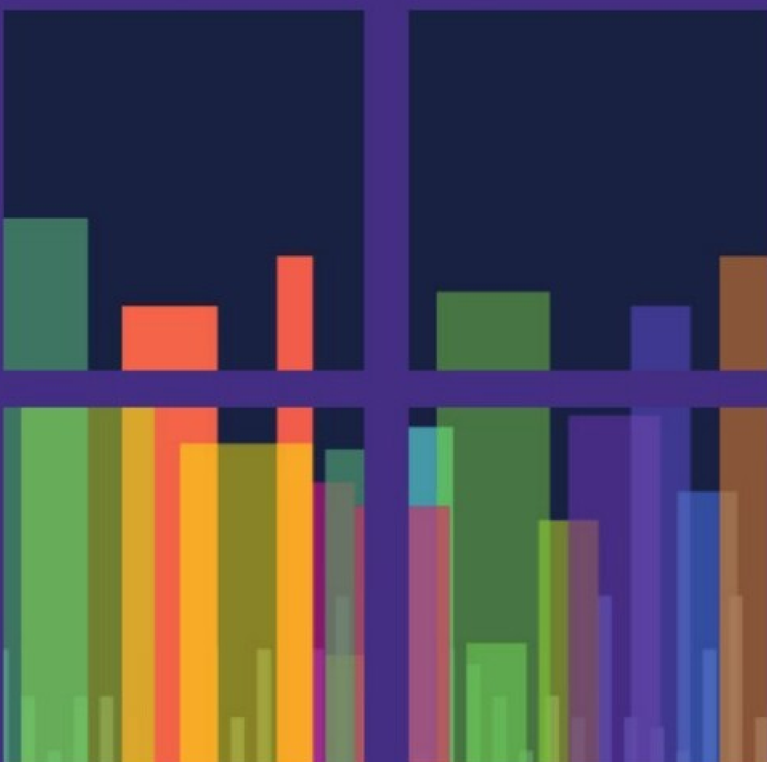
RendSzerTan

Addiktológiai
Elméletek és
Kutatások 22.

# Alkoholhelyzet Magyarországon

## Tények, adatok, elemzések

Szerkesztette: Elekes Zsuzsanna



L'Harmattan

**Alkoholhelyzet Magyarországon. Tények, adatok, elemzések**

State of Alcohol Use in Hungary. Facts, figures and analyses

**Szerkesztette Elekes Zsuzsanna**

https://orcid.org/0000-0002-2837-6777

Szociológia / Sociology (12846), Közegészségügy / Public health (12328), Egészségügyi statisztika / Medical statistics (12326)

alkoholfogyasztás, halálozás, nem-regisztrált alkoholfogyasztás, bűnügyi adatok, önbevallásos vizsgálatok

alcohol consumption, mortality, unregistered alcohol consumption, alcohol related crime, self reported surveys

https://doi.org/10.56037/978-963-414-934-7

# ALKOHOLHELYZET MAGYARORSZÁGON

ELEKES ZSUZSANNA (SZERK.)

ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar

RendSzerTan –
Addiktológai Elméletek és Kutatások

Sorozatszerkesztő:

Demetrovics Zsolt, Felvinczi Katalin és Rácz József

# ALKOHOLHELYZET MAGYARORSZÁGON

TÉNYEK, ADATOK, ELEMZÉSEK

Szerkesztette: Elekes Zsuzsanna

ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó
Budapest, 2023

Az MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport működése ELKH-TKI támogatással valósul meg.
A kötet megjelenését a Magyar Tudományos Akadémia támogatta.

A TANULMÁNYOKAT LEKTORÁLTA: FÜZESI ZSUZSANNA

A KÖTET SZERZŐI:
Arnold Petra – MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport
Bencsik Nóra – MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport
Elekes Zsuzsanna – Budapesti Corvinus Egyetem Társadalom- és Politikatudományi Intézet, Szociológia Tanszék
Erdős Ákos – Nemzeti Közszolgálati Egyetem Rendészettudományi Kar Vám- és Pénzügyőri Tanszék
Gelencsér Anna – MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport
Hajdu Miklós – MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport, Budapesti Corvinus Egyetem, Társadalom- és Politikatudományi Intézet, Szociológia Tanszék
Horváth Ágoston – MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Szociológia Doktori Iskola
Kutrovátz Kitti – MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport
Németh Ágnes – Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet
Paksi Borbála – Eötvös Loránd Tudományegyetem, Neveléstudományi Intézet
Péterfi Anna – Nemzeti Drog Fókuszpont

L'Harmattan France
5-7 rue de l'Ecole Polytechnique
75005 Paris
T.: 33.1.40.46.79.20
Email: diffusion.harmattan@wanadoo.fr

L'Harmattan Italia SRL
Via Degli Artisti 15
10124 TORINO
Tél: (39) 011 817 13 88 / (39) 348 39 89 198
Email: harmattan.italia@agora.it

ISSN 2630-9963
ISBN 978-963-414-934-7
DOI: https://doi.org/10.56037/ 978-963-414-934-7



A kiadásért felel a L'Harmattan Kiadó igazgatója.
A kiadó kötetei megrendelhetők,
illetve kedvezménnyel megvásárolhatók:
L'Harmattan Könyvesbolt
1053 Budapest, Kossuth L. u. 14–16.
Tel.: (36) 1-267-5979
harmattan.hu

Olvasószerkesztő: Tiszóczi Tamás
Tördelés: Csernák Krisztina
Borítóterv: Kára László
Nyomdai kivitelezés: Prime Rate Kft., felelős vezető: Tomcsányi Péter

# TARTALOM

# BEVEZETÉS

Magyarországon a túlzott alkoholfogyasztás a vezető egészségkárosító magatartások közé tartozik. Az alkoholfogyasztás jelentős szerepet játszik a hazai rossz halálozási mutatókban és az elveszített egészséges életévek magas számában (Vitrai–Bakacs, 2021). Az alkoholfogyasztást az egyénre és a környezetre való veszélyessége miatt a WHO is a tíz legsúlyosabb rizikótényező közé sorolja, és a legelterjedtebb rizikómagatartások közé tartoznak. Magyarország nemzetközi összehasonlításban az alkoholprobléma által jelentősebb mértékben érintett országok közé tartozik.

A fentiek ellenére az alkoholprobléma csak alkalmanként, rövid időszakokra keltette fel a kutatók és a szakpolitikusok érdeklődését. Feltételezhető, hogy az érdeklődés hiányának is köszönhető, hogy csak ritkán készültek olyan kiadványok, amelyek szisztematikus áttekintést adtak az alkoholprobléma hazai méretéről, bemutatva a rendelkezésre álló statisztikákat és azok megbízhatósági és érvényességi problémáit. Ilyen statisztikai kiadványok készültek a nyolcvanas években a Társadalmi Beilleszkedési Zavarok kutatási program keretében, majd Rácz és Vingender állított össze egy adatgyűjteményt a főbb addikciók hazai helyzetéről (Rácz–Vingender, 1999). Az évek során több alkoholstratégia is készült (ezek soha nem kaptak publicitást, és nem valósultak meg), amelyeknek részét képezte az aktuális helyzetre vonatkozó fontosabb indikátorok összegyűjtése és elemzése. Ilyenre utoljára 2013-ban került sor, amikor az akkori Országos Egészségfejlesztési Intézet Országos Addiktológiai Centrum koordinálásával készült Alkohol-politikai szakpolitikai program melléklete közölte az alkoholhelyzetet bemutató legfontosabb indikátorokat.

Kötetünk összeállításakor az volt a célunk, hogy egy olyan kiadványt készítsünk, amely bemutatja az alkoholproblémát leíró statisztikai adatokat, feltárja azok megbízhatósági és érvényességi problémáit és korlátait, majd ezek figyelembevételével bemutassa a hazai helyzetet. Elsősorban az elmúlt 30 év változásaira szerettünk volna koncentrálni. A különböző forrásokból származó adatok azonban nem egységesen 30 évet ölelnek át. Ennek oka részben az, hogy nem minden adat érhető el ilyen hosszú időszakra visszamenően, részben pedig sokszor az adatgyűjtésekben bekövetkezett változások nem teszik

lehetővé a hosszabb távú összehasonlításokat. Úgy véltük, hogy az egységesítés érdekében nem mondunk le azokról az információkról, amelyek hosszabb távra is rendelkezésre állnak, ezért a különböző témák, napjainktól visszamenően, különböző időszakokra nyúlnak vissza.

A kötet összeállításánál kiindulópontnak tekintettük a WHO 4 évente megjelenő kiadványát, a *Global Status Report on Alcohol and Health*t és a 2000-ben megjelent *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harms*t (WHO, 2000).

További fontos támpontot és útmutatót jelentettek a Nemzeti Drog Fókuszpont Éves jelentései az EMCDDA számára (Éves jelentés, 2020), amely jelentéseket egyértelműen követendő példának tekintettünk munkánk során.

Míg a korai hazai kiadványok elsősorban a probléma leírására törekedtek, a WHO Global Status Report, valamint az EMCDDA részére készített Éves jelentések a probléma mérséklésére irányuló törekvésekről, stratégiai programokról, szakpolitikákról is számot adnak. Mi ebben a kiadványban a korábbi hazai hagyományokat követjük, és eltekintünk a hazai alkoholpolitikai helyzet bemutatásától. Ennek részben terjedelmi okai vannak, részben pedig úgy véljük, hogy a hazai alkoholpolitika helyzetét (hiányát) mi magunk is és más szerzők is többször több helyen leírtuk (Elekes, 2009, 2014, 2015; OEFI-OAC, 2013; Rácz–Kassai, 2022). Nincs tudomásunk arról, hogy az évekkel ezelőtt leírt helyzet-ismertetésekhez képest, a 4. fejezetben bemutatott jövedéki törvényen és a 7. fejezetben bemutatott Btk.-szabályozáson kívül, bármilyen változás történt volna Magyarországon.

Az egyes témakörökhöz nemcsak a szükséges adatokat gyűjtöttük össze, hanem szakértői interjúkat is készítettünk azokkal, akik az adatokkal közvetlenül dolgoznak, vagy más szempontból ismerettel rendelkeznek az adatok keletkezéséről, problémáiról, korlátairól.

Bár informátoraink többsége a név szerinti hivatkozáshoz nem, csak az intézményi hivatkozáshoz járult hozzá, nagy-nagy köszönettel tartozunk azoknak a szakembereknek és intézményeknek, akik hozzájárultak munkánkhoz.

A kötet szerkesztésekor a fejezeteket az adatgyűjtés szintje szerint csoportosítottuk, először bemutatva a makroszinten gyűjtött adatokat, utána pedig az egyéni szinten gyűjtött, önbevalláson alapuló adatokat ismertetjük. A kötet felépítése a következő:

Először rövid áttekintést adunk az alkoholprobléma méréséhez kapcsolódó módszertani problémákról. Ezt követően a főbb makrostatisztikai adatokat tekintjük át. A regisztrált fogyasztási adatokon túl, bemutatjuk a nem regisztrált fogyasztás mérésével kapcsolatos módszertani problémákat, majd a Nemzeti Adó- és Vámhivatal adatait vizsgáljuk. A következő fejezetek az alkoholfo-

gyasztáshoz kapcsolódó károkról adnak áttekintést: halálozás, egészségügyi ellátásban kezeltek, bűnözés, közúti és munkahelyi balesetek, gyermekvédelem. Az utolsó fejezet a három rendszeresen ismétlődő, önbevalláson alapuló kutatás – OLAAP, ESPAD, HBSC – alkoholra vonatkozó eredményeit tekinti át.

## HIVATKOZÁSOK


Elekes Zs. (2009). Az alkohol- és drogprobléma változó megjelenése a politikai és közgondolkodásban. In: Bagdy E. – Demetrovics Zs. – Pilling J. (szerk.): *PoliHISTORIA. Buda Béla 70. születésnapjára.* Budapest, Akadémiai Kiadó, 315–334.

Elekes, Zs. (2015). How the economic crisis has impacted on alcohol and drugs issues in Hungary. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs,* Nr 3. (June), 329–331.

Elekes, Zs. (2014). Hungary's neglected „alcohol problem"?: Alcohol drinking in a heavy consumer country. *Substance Use & Misuse,* October, Vol. 49, No. 12: 1611–1618.

Éves jelentés (2020). *2020-as Éves jelentés (2019-es adatok) az EMCDDA számára.* Nemzeti Drog Fókuszpont, Budapest. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2020_HU.pdf

Global Status Report on Alcohol and Health (2018). WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1&ua=1

OEFI-OAC (2013). *Alkohol-politikai szakpolitikai program.* Országos Egészségfejlesztési Intézet Országos Addiktológiai Centrum, Budapest. Kézirat.

Rácz J. – Vingender I. (1999). *A főbb addikciók (Alkoholizmus, dohányzás, drogabúzus) szerepe Magyarországon a morbiditásban-mortalitásban és a népességfogyatkozásban. Statisztikai elemzés az Országgyűlés tájékoztatására 1998.* OAI, Budapest.

Vitrai J. – Bakacs M. (2021). Hazai Egészségpillanatkép 2020. Gyorsjelentés a Global Burden of Disease Study 2019 adatai alapján. *Egészségfejlesztés,* 62. http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=654

WHO (2000). *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm.* Geneva, WHO.

Rácz J. – Kassai F. Á. (2022). A kényszer-elvonókúrától a pszichoterápiáig. Szemelvények és tendenciák a hazai addiktológia történetéből. In: Kiss A. – Farkas J. – Kapitány-Fövény M. (szerk.): *Az addiktológiai zavarok pszichoterápiája.* Medicina Kiadó, Budapest, 41–64.

# 1. MÓDSZERTANI KÉRDÉSEK AZ ALKOHOLPROBLÉMA ELTERJEDTSÉGÉNEK MÉRÉSEKOR

Elekes Zsuzsanna

## 1.1. AZ ALKOHOLPROBLÉMA MÉRÉSÉNEK ÁLTALÁNOS PROBLÉMÁI

Az alkoholprobléma epidemiológiai vizsgálatának és az összegyűjthető információk értelmezésének egyik legfőbb korlátja az, hogy olyan viselkedési formát próbálunk mérni, amely bizonyos mértékű társadalmi elítélés alá eshet, és egyes esetekben (fiatalok, munkahely, autóvezetés) jogi korlátozás alá esik. Ez pedig a viselkedés rejtését, titkolását eredményezheti az érintettek, a környezetük és a velük foglalkozó intézmények részéről egyaránt.

A mérés kapcsán elsődleges kérdésünk az, hogy *mit, minek az elterjedtségét* mérjük.

Az alkalmazott indikátorok egyik csoportja a *fogyasztás mennyiségét, gyakoriságát* próbálja közvetett vagy közvetlen módon becsülni, azt feltételezve, hogy a probléma mértéke vagy a problémás fogyasztás az egyén szintjén és makroszinten is valamilyen összefüggésben áll a fogyasztott mennyiséggel és a gyakorisággal. Az indikátorok másik nagy csoportja a *fogyasztás következményeit, a fogyasztásból eredő problémákat, a fogyasztás jogi, egészségügyi, szociális következményeit* veszi számba, feltételezve azt, hogy bizonyos mértékű fogyasztás már feltétlenül felszínre kerül valamilyen probléma formájában. Egyrészt tehát feltételezzük, hogy a fogyasztás és a problémás fogyasztás között mérhető kapcsolat van, másrészt feltételezzük, hogy a problémás fogyasztás előbb-utóbb statisztikailag mérhető módon felszínre kerül. Mindkét összefüggés sokat elemzett, sokat vizsgált kérdése a szakirodalomnak. Mindkét összefüggés mérésére léteznek *makrostatisztikai módszerek,* és léteznek *survey-módszerek* (Elekes, 2011).

Az alkalmazott jelzőszámok másik csoportosítása már inkább a politika szempontjából lehetséges kezelési módokat tükrözi, és ahogy megkülönböztethetőek kínálatcsökkentő programok vagy politikák és keresletcsökkentő programok vagy politikák, ugyanúgy szokásos a *keresletet kifejező indikátorok* és a *kínálatot kifejező indikátorok* megkülönböztetése. Míg a keresletet kifejező indikátorok többsége azonos a fenti két csoportban említettekkel, addig a kínálatot kifejező indikátorok a hozzáférhetőséget próbálják mérni.

## 1.2. KÖZVETETT INDIKÁTOROK, MAKROSTATISZTIKAI ADATOK

### 1.2.1. A közvetett indikátorok általános problémái

A közvetett indikátorok körébe tartoznak azok a statisztikai adatok, intézményi nyilvántartások, amelyek önmagukban vagy különböző becslési módszerekkel alkalmasak a fogyasztás vagy a fogyasztásból adódó problémák mérésére (Hartnoll, 1993).

Ezeknél az indikátoroknál két általános problémával kell számolnunk. Az egyik a becslés alapjául szolgáló alapadatok *belső* érvényessége, azaz menynyire megbízhatóak az adatok (hogyan történik pl. a halálozási adatok regisztrálása, mennyire pontosan vezetik a kórházi nyilvántartásokat stb.). A másik problémát elsősorban az jelenti, hogy ezeknek az indikátoroknak az alapján a *nyilvántartásba vétel kritériuma szerinti alkoholfogyasztókat* tudjuk számba venni. A különböző intézményekben nyilvántartottak száma két tényezőtől függ. Az egyik tényező a *minősítés*, vagyis hogy hol, milyen környezetben, milyen jogi vagy erkölcsi normák alapján, kit tekintenek alkoholistának, ki az, akiről a jogszabályok, a környezet vagy az adott intézmény úgy ítéli, hogy kezelésre, gondozásra vagy éppen büntetésre szorul. Az intézményi adatokat befolyásoló másik tényező, az *ellátóhálózat fejlettsége*, illetve a problémához való viszonya. Ahol nem a szükségleteknek megfelelő a hálózat, vagy éppen kiépülőben van, vagy az intézmények attitűdje elutasító, az adatok nehezen alkalmazhatóak a változás mérésére. Különösen fontos ennek figyelembevétele Magyarországon, ahol az intézményi adatok legalább annyira tükrözik a hálózat kapacitásának változásait, a probléma iránti változó figyelmet, mint a fogyasztás tényleges változását. A kérdés tehát az alkalmazott indikátorok *külső* érvényessége, azaz hogy mennyire megbízhatóak azok a becslések, amelyeket az adatok alapján a vizsgált jelenség elterjedtségének mérésére végzünk.

### 1.2.2. Az egy főre jutó fogyasztás

Az alkoholprobléma egyik legrégebben használt és legelterjedtebb indikátora az *egy főre jutó alkoholfogyasztás* és az ezen alapuló becslés. Ennek alapján két kérdést szokás vizsgálni:

1. Mennyire fejezi ki az egy főre jutó alkoholfogyasztás önmagában is becsült adata a tényleges fogyasztást (belső érvényesség)?
2. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás adata mennyire alkalmas arra, hogy megbízhatóan következtethessünk a mértéktelen vagy problémás alkoholfogyasztás elterjedtségére, alakulására (külső érvényesség)?

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás *belső* érvényességével kapcsolatos legfőbb probléma az, hogy ez az adat önmagában is becsült, elsősorban termelési és eladási statisztikákon alapul. Azt az alkoholmennyiséget tudjuk számba venni, amelyről hivatalos információnk van. Az úgynevezett *„nem regisztrált alkoholfogyasztásról"* ezek az adatok nem tudnak információt adni. Azaz a hivatalos eladási statisztikák nem tartalmazzák az alábbiakat:

- a más országban elfogyasztott alkohol mennyisége,
- a más országban megvásárolt és hazavitt, saját országban elfogyasztott alkohol,
- a határátlépésekkor, vámmentes üzletekben vásárolt alkohol,
- az otthon készített, illetve illegálisan szerzett alkohol (Trolldal, 2000; Manthey és mtsai, 2020).

*A nem regisztrált fogyasztás országonként eltérő, de igen jelentős mértékű lehet.* Az adatokból úgy tűnik, hogy a legnagyobb arányú nem regisztrált fogyasztás az északi-európai országokban és a volt szocialista országokban található. Míg azonban az északi országokban elsősorban a turizmus, addig a volt szocialista országokban feltehetően a feketekereskedelem és a házi szeszfőzés teszi ki a nem regisztrált fogyasztás jelentősebb részét (Leifman, 2000; Global Status Report, 2018).

A nem regisztrált alkoholfogyasztás mértéke hosszú ideig nem tűnt problémának Magyarországon, feltételezhető volt, hogy ennek egy része jól becsülhető, más része pedig nem befolyásolja jelentősen az egy főre jutó fogyasztás mennyiségét. A kilencvenes évektől azonban már valószínűsíthető volt, hogy a nem regisztrált alkoholfogyasztás mennyisége jelentősen megnőtt. Köszönhető ez részben a határok átjárhatóságának, a megnövekedett idegenforgalomnak, illetve a házi szeszfőzés megnövekedett jelentőségének.

A WHO 1995-ben Magyarországra vonatkozó becslése szerint az egy főre jutó nem regisztrált fogyasztás 2,5 liter volt hazánkban. Egy 2006-ban készült tanulmány szerint pedig már 4 literre becsülték az egy főre jutó nem regisztrált fogyasztást (Anderson–Baumberg, 2006). A 2014. évi WHO-kiadvány 2 literre, a 2018. évi 1,5 literre becsüli a hazai nem regisztrált fogyasztást (Global Status Report, 2014, 2018).

A fenti arányok a becslések bizonytalansága mellett is jelzik, hogy a nem regisztrált alkoholfogyasztás jelentősége igen nagy az összes alkoholfogyasztáson belül. Ebből következően egyre több törekvés irányul *a nem regisztrált alkoholfogyasztás becslésére, amelyről külön fejezetben* írunk.

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás *külső* érvényességével kapcsolatos probléma lényege az, hogy az adott társadalomra jellemző összfogyasztás alakulásából valóban *következtethetünk-e a problémás alkoholfogyasztás méreteire.*

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás és a problémás alkoholfogyasztók száma közötti összefüggés becslése Ledermann nevéhez fűződik (Ledermann, 1956), majd Bruun és társai (1975) munkája alapján vált meghatározó alapelvvé: „...amikor egy országban az összes alkoholfogyasztás nő, valószínűsíthető, hogy a nagyfogyasztás prevalenciája szintén nő az adott országban. Sőt, a nagyfogyasztás prevalenciája sokkal nagyobb mértékben növekszik, mint az összes fogyasztás: átlagosan, ha az átlagfogyasztás megkétszereződik, akkor a prevalencia-érték az eredeti négyszeresére fog nőni." (Bruun és mtsai, 1975: 38). Az ezzel az összefüggéssel kapcsolatban felvetett leggyakoribb kifogás az, hogy egy adott népességen belül az összes alkoholfogyasztás növekedhet oly módon is, hogy új, eddig alkoholt nem vagy csak kismértékben fogyasztó csoportok kezdenek el *mérsékelten* inni (ilyen lehet például a nők vagy egyre fiatalabb korcsoportok bekapcsolódása az alkoholfogyasztásba). Ilyenkor nőhet az alkoholfogyasztás anélkül is, hogy a mértéktelenül alkoholt fogyasztók aránya nőne (Skog, 1980). Ugyanakkor, amint azt már korábban említettük, az elmúlt évek kutatásai egyre gyakrabban hívják fel a figyelmet arra, hogy a probléma mértéke nemcsak a fogyasztott mennyiséggel, hanem a fogyasztás módjával, körülményeivel, a fogyasztott ital fajtájával is összefügg (Rehm és mtsai, 2009; Allaman és mtsai, 2011). A Covid-19 okozta karantén-időszak alkoholfogyasztásra gyakorolt hatását vizsgáló elemzések pedig arra a következtetésre jutottak, hogy az összfogyasztás változatlansága mellett a legtöbb országban nőtt a problémás fogyasztás mértéke (Rossow és mtsai, 2021).

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás azonban minden kritika és fenntartás ellenére az alkoholprobléma mérésének *egyik legelfogadottabb közvetett indikátora*, amely jellegéből adódóan nemzetközi összehasonlításokra és időbeli trendek mérésére is alkalmas.

### 1.2.3. A fogyasztásból eredő problémák

Az alkoholfogyasztásból eredő problémák közül legrégebben és legelterjedtebben az alkohol okozta halálozási adatokat használják. A WHO által használt definíció szerint az alkoholos halálozás *(alcohol attributable death)* magába foglalja mindazokat a halálokokat, amelyek az alkoholfogyasztásnak tulajdoníthatóak, azaz amik nem következtek volna be alkohol jelenléte nélkül (Global Status Report, 2018). Bár összesen mintegy 200 haláleset hozható kapcsolatba a túlzott alkoholfogyasztással, az egyik leggyakoribb halálok a májbetegség. A májbetegség/májzsugorodás halálok alkalmazása az alkoholprobléma méretének becslésére Jellinek nevéhez kötődik. Eszerint a májzsugorodásos halá-

lesetek meghatározott részét a túlzott alkoholfogyasztás okozza, és egy adott évben a súlyos alkoholfogyasztók meghatározott része hal meg májzsugorodásban (Andorka, 1997).

További, alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható főbb halálokok az ajak, szájüreg és garat területére kiterjedő daganatok, a gyomor rosszindulatú daganatai, alkohollal összefüggésbe hozható mérgezési esetek, kardiovaszkuláris halálozások stb. Az alkohollal összefüggésbe hozható halálokokkal külön fejezetben, részletesen foglalkozunk.

A halálozási adatokkal kapcsolatos legfőbb *belső* érvényességi *probléma* az, hogy *hogyan történik a halálokok regisztrálása*, azaz mennyire megbízható a halál okának diagnózisa és annak regisztrálása.

A halálozási adatok alkalmazásával kapcsolatban leggyakrabban felmerülő másik probléma az, hogy vajon valóban egyértelmű kapcsolat mutatható-e ki a fogyasztás mennyisége *és* az alkohol okozta halálozás között. Számos ország példája mutatja azt, hogy a fogyasztás és a halálozás nem feltétlenül jár együtt: a halálozás magasabb szintű az alacsonyabb jövedelmű országokban és az iskolázatlanabb társadalmi csoportokban. Ráadásul a fogyasztott alkohol minősége és a fogyasztás módja szintén növeli az egészségügyi károk valószínűségét (Mackenbach és mtsai, 2015).

További mutatóként használja a WHO az alkohollal kapcsolatos betegségterheket *(alcohol-attributable burden of disease)* és az alkohollal kapcsolatos sérüléseket *(alcohol attributable injuries)*. Fontos mutatók még az ittasan okozott közúti balesetek és a munkahelyi balesetek számának alakulása (WHO, 2000).

Az alkoholfogyasztás okozta problémák egyéb közvetett mutatói között találhatjuk például a *bűnözés* alakulását. Elsősorban közép- és kelet-európai kutatások mutattak szoros kapcsolatot a bűnözés és az alkoholfogyasztás alakulása között (Global Status Report, 1999). Más kutatások az öngyilkosság és az alkoholfogyasztás közötti kapcsolat alapján az öngyilkosság alakulását is az alkoholfogyasztás egyik közvetett indikátorának tekintik. Bizonyos országokban, illetve kultúrákban határozott kapcsolat mutatható ki az alkoholfogyasztás aggregát adatai, valamint a *gyilkosságok* és *más erőszakos bűncselekmények* adatainak alakulása között (Skog–Elekes, 1993; Zonda–Bozsonyi–Elekes, 2010; Bálint–Elekes, 2016).

Összességében *az alkoholprobléma közvetett indikátorai között meghatározó szerepet kap az egy főre jutó alkoholfogyasztás* és *az alkoholfogyasztással kapcsolatos halálesetek, elsősorban a májzsugorodásban, illetve a májbetegségben meghaltak számának alakulása*. Számos egyéb, az alkoholfogyasztás következményeire utaló mutató használata is szokásos a nemzetközi szakirodalomban. Ezek kapcsolatának szorossága az alkoholfogyasztással országonként és kul-

túránkként eltérő lehet, alkalmazásuk azonban mindenképpen hasznos, elsősorban az alapindikátorok által mutatott trendek korrigálására, ellenőrzésére. Valamennyi indikátor esetében fontos a közvetettség hangsúlyozása, azaz csak közvetetten utalnak az alkoholprobléma alakulására.

## 1.3. SURVEY-TÍPUSÚ VIZSGÁLATOK

### 1.3.1. Általános problémák

A szakirodalom már az 1900-as évek kezdetétől beszámol survey-típusú epidemiológiai vizsgálatokról (Billings, 1903; Swiecicki, 1972). A kutatások jelentős terjedéséről és a módszerek fejlődéséről azonban elsősorban a múlt század második felétől beszélhetünk. Az 1970-es évekre az Amerikai Egyesült Államokon kívül már néhány európai – elsősorban skandináv – országban is készül a felnőtt népesség alkoholfogyasztását vizsgáló kutatás (Mäkela, 1971; Jonsson–Nilsson, 1969). A huszadik század végétől kezdődően pedig egyre nagyobb hangsúly tevődik e vizsgálatok nemzetközi összehangolására, az eredmények nemzetközileg és időben történő összehasonlíthatóságára.

A survey-típusú vizsgálatok jelentős része normál (átlagos fogyasztású) népesség körében, vagy a teljes népességre reprezentatív mintán, vagy valamilyen speciális – különösen érintett – demográfiai-társadalmi csoportokat érintve készül. A kutatás irányulhat csak alkoholfogyasztásra, más rizikótényezőkre is, vagy tartalmazhat alkohollal kapcsolatos kérdéseket valamilyen más témával (általános egészségi állapot, életmód stb.) foglalkozó kutatások is.

A normál népesség körében végzett vizsgálatok mögött az a feltételezés húzódik meg, mely szerint a normál fogyasztás és a problémás fogyasztás között kapcsolat áll fenn (Bruun és mtsai, 1975). A *normál népességre* vonatkozó önbevallásos vizsgálatok fontos sajátossága, hogy az átlag, *nem problémás* népességről adnak információt. Tehát az átlagot érik el, és az átlagnépességre jellemző fogyasztási szokásokat kutatják. A normál népesség körében végzett kutatások alkalmasak annak vizsgálatára, hogy az alkohol fogyasztása milyen mértékben terjedt el, mely társadalmi csoportokra milyen típusú fogyasztás a jellemző, illetve az időbeni változások tendenciájának megállapítására, a fogyasztás következményeinek, a kapcsolódó problémáknak vagy a fogyasztást befolyásoló tényezőknek az elemzésére.

A *problémás* alkoholfogyasztás sajátosságainak és a problémás fogyasztás kialakulásának megismerésére és megértésére *más típusú* vizsgálatok szükségesek. Room (2007) szerint nemcsak hogy más típusú vizsgálatok szükségesek,

hanem a normál népesség körében végzett kutatások és a klinikai kutatások kapcsán „az alkoholproblémák két világáról" beszélhetünk (i. m. 249.). Míg a normál népesség körében végzett vizsgálatok kevéssé alkalmasak a marginalizált és a társadalomból kirekesztett népesség vizsgálatára, így az itt jellemzett problémás fogyasztó is gyakran tartozik a jobb társadalmi-gazdasági státusúak közé, addig a klinikumban végzett kutatások szerint az alkohol- és drogprobléma miatt kezeltek legjellemzőbb tulajdonsága az erős marginalizáció (i. m. 248), ami Room szerint azzal magyarázható, hogy a kezelésre való jelentkezés elsősorban *a marginalizáció egyik következménye.* A normál népesség körében végzett vizsgálatok tehát nem a különböző problémát kezelő intézményekben megjelent fogyasztókról, klinikai esetekről adnak információt.

A survey-típusú vizsgálatokban a hangsúly az önbevalláson van, és ebből adódik a vizsgálatokkal kapcsolatos egyik legfőbb kétely is: mennyire tekinthetők valósnak az önbevalláson alapuló válaszok.

*A bevallás mértéke erősen függ a fogyasztással* és *fogyasztókkal szembeni attitűdtől, gyakran előítéletektől* és *stigmáktól, az adott országban* érvényesülő *alkohol-* és *drogpolitikától.* Az önbevallás megbízhatóságával szemben megfogalmazott kételyek ellenére a különböző módszertani, ellenőrző vizsgálatok, elemzések (pl. a kérdőív belső inkonzisztenciájának mérése, direkt és indirekt válaszmegtagadások, a kérdőív egy-két héten belüli újbóli megkérdezése ugyanabban a körben, fókuszcsoportok készítése stb.) azt bizonyítják, hogy az önbevallásos *módszer jól alkalmazható az alkoholfogyasztás elterjedtségének, gyakoriságának, illetve időbeni változásának mérésére* is.

### 1.3.2. A fogyasztás mennyisége és gyakorisága

Az alkoholfogyasztás jellemzőit meglehetősen sok kérdéssel és összetettebben szokás vizsgálni, mint más drogok fogyasztását. A szakirodalomban megjelenő módszerek többsége a Straus–Bacon-féle mennyiséggyakoriság (QF – quantity-frequency) indexen, majd annak Cahalan által továbbfejlesztett és kibővített változatán alapulnak (Elekes, 2004, 2011). Azaz *a fogyasztást a mennyiséggel, a gyakorisággal* és *az ebből számított* összfogyasztással *jellemzik.* Az eltérő megközelítések részben a megkérdezendő *intervallumok* nagyságában fejeződnek ki, amelyre a kérdezés kiterjed (egész élet, előző év, előző hónap, előző hét). Különösen lényeges a vizsgálandó időszak az olyan nemzetközi kutatásokban, amelyben eltérő ivási kultúrájú országok vesznek részt, azaz egyaránt megtalálható az északi vagy száraz (ritkán, de akkor sokat fogyasztó) és a déli vagy nedves (gyakran, de keveset fogyasztó) ivási szokás (Room, 1999). Míg a ritka alkohol-

fogyasztással jellemezhető országokban nagyobb intervallumokra vonatkozó kérdéseket szokás használni, addig a rendszeresebb fogyasztással jellemezhető országokban a rövid időintervallumokra vonatkozó kérdéseknek van inkább értelme (Bloomfield és mtsai, 2013).

Az elfogyasztott alkohol *mennyiségének* mérésére vonatkozóan szintén többféle megközelítés ismert. Legelterjedtebb a *tipikus fogyasztási alkalomra,* illetve az *utolsó fogyasztási alkalomra* vonatkozó mennyiség megkérdezése. Míg a tipikus fogyasztási alkalom mennyisége inkább az észak-amerikai kutatásokban volt jellemző, addig az utolsó fogyasztási alkalom mennyiségét inkább a korai európai kutatások alkalmazták. Fontos azt is megjegyezni, hogy ivási kultúrák szerint változó, hogy melyik kérdezési mód alkalmasabb a fogyasztás mérésére (Moskalewicz–Sieroslawski, 2010; Sieroslawski–Foster–Moskalewicz, 2013).

Elsősorban észak-amerikai kutatásokban elterjedt még a különböző *mennyiségfokozatok gyakoriságának* (GF – graduated frequency) skálán történő kérdezése (Greenfield–Kerr, 2008; Bloomfield és mtsai, 2013).

A mennyiségre vonatkozó kérdésekkel kapcsolatos viták arról is szólnak, érdemes-e külön kérdezni a mennyiségeket *italfajtánkként* (bor, sör, tömény). Emellett érvelnek azok, akik az eltérő italfajták eltérő veszélyességét hangsúlyozzák. Az italfajták szerinti kérdezés mellett szól a *különféle ivási kultúrák* (tipikusan bor- vagy sör- vagy töményfogyasztó országok) változásának vizsgálata, valamint az a módszertani megfontolás, mely szerint *a kérdezettek italfajtákban* és *nem* általában *alkoholban gondolkodnak* (Elekes, 2004; Moskalewicz–Sieroslawski, 2010; Sieroslawski–Foster–Moskalewicz, 2013).

### 1.3.3. A problémás fogyasztás mérése

#### *1.3.3.1. Lerészegedés és nagyivás*

Az alkoholepidemiológiai kutatások a kezdetektől fogva próbálják mérni a *fogyasztás szélsőségesebb, problémásabb vagy veszélyeztetőbb formáinak elterjedtségét.* A fogyasztás problémás jellegének mérésére legelterjedtebben a lerészegedés és a nagyivás gyakoriságát alkalmazzák (Elekes, 2004; Bloomfield és mtsai, 2013). A lerészegedés és a nagyivás vizsgálata különösen fontos a fiatalok körében végzett kutatásokban, hiszen erre a korosztályra – gyakorlatilag kultúráktól függetlenül – inkább jellemző a nagyivással és lerészegedéssel jellemezhető alkoholfogyasztás, mint az idősebb korosztályokra (Järvinen–Room, 2007; Martinic–Measham, 2008). Ugyanakkor a lerészegedés igen eltérő jelen-

téssel bír különböző kultúrákban az enyhe becsípettségtől a teljes kontrolvesztésig terjedően (Tickett és mtsai, 2013).

A *nagyivás* nemcsak az egyik legvitatottabb fogalma az alkohollal foglalkozó szakirodalomnak, hanem különböző értelmezése és elnevezése is létezik. Plant és Plant (2006) szerint annak az ivási formának, amit az angol nyelv *„binge"* (nagy) vagy *„excessive"* (túlzott) vagy *„immoderate"* (mértéktelen) vagy *„heavy"* (súlyos) elnevezésekkel illet, eleve két különböző értelmezése létezik. Az egyik értelmezés szerint a nagyivás olyan 2-3 napos *folyamatos, szünet nélküli ivást* jelent, amikor az egyén minden más tevékenységét felfüggeszti. A másik, elterjedtebb értelmezés szerint a nagyivás *egy ivási alkalomhoz kötődik,* és gyakran szándékosan vagy véletlenszerűen lerészegedéshez vezet. A nagyivást általában 5-6, nőknél esetenként 4 standard ital egymás után *(in a row)* történő elfogyasztásával szokás mérni. A viták nemcsak arról folynak, hogy miért pont 4 vagy 5 vagy 6 ital elfogyasztását tartjuk nagyivásnak. Az ezzel kapcsolatos érvelések elsősorban a vér *károsnak tartott alkoholszintjéről* szólnak. Nem egyértelmű a fogalom használatában az sem, hogy az „egymás után" kifejezés *milyen időtartamra* (1, 2, 3 óra) vonatkozik (Lambrecht, 2008). Végül nem egyértelmű *a „standard ital" mennyisége* sem. A problémát nem csak az jelenti, hogy országonként eltérő lehet ugyanannak az italfajtának az alkoholtartalma, hanem országonként eltérő lehet az a *tipikus mennyiség*, amit egy italból fogyasztanak/felszolgálnak. Míg az USA-ban például egy standard ital 12 gramm etanolt tartalmaz, addig Európában a standard ital lehet 10, 12 vagy 20 gramm etanoltartalmú is (Bloomfield és mtsai, 2005). Országonként, kultúránkként igen nagy eltérések találhatók abban is, hogy a megkérdezettek mit értenek egy ital alatt (Ticket és mtsai, 2013).

A fenti viták miatt egyesek az *„extreme"* (túlzott vagy szélsőséges) alkoholfogyasztás fogalmának alkalmazását javasolják, amely az ivás jellegéből, motivációiból, következményeiből képzett komplex mutató (Martinic–Measham, 2008), vagy a *„heavy episodic drinking"* (súlyos, alkalomszerű ivás) fogalmát tartják leginkább megfelelőnek (Plant–Plant, 2006).

A fenti kételyek és viták ellenére a binge drinking (nagyivás) ma is az egyik legjobban operacionalizált és legelterjedtebben alkalmazott mutató a szélsőséges alkoholfogyasztási formák mérésére.

### *1.3.3.2. A fogyasztásból eredő egyéb problémák*

Az alkoholfogyasztásból eredő *további problémák* mérését szolgáló kérdések köre kiterjed a legenyhébb következményektől az elvonási tünetek kérdezéséig.

Az alkoholprobléma mérésével foglalkozó szakirodalomban három főbb irányvonal látszik kirajzolódni. Az egyik irányzat a pszichiátriai epidemiológia fejlődéséből adódóan arra törekszik, hogy az alkalmazott kérdésekkel a lehető legjobban leírhatóak legyenek a *függés és visszaélés diagnosztikai kritériumai.* A másik irányzat igyekszik elkerülni a pszichometriai elemzéseket, és az alkoholfogyasztás, valamint az ebből adódó problémák részletes elemzését tartja elsődlegesnek. Ebben a megközelítésben kitüntetett szerepet kaphat a *szociális következményeknek, valamint az ivás kifejezetten másokra gyakorolt káros hatásainak (third-party harm)* számbavétele. Végül a harmadik irányzat, amely az alkoholprobléma *viszonylag kevés kérdéssel történő mérhetőségét* tűzi ki célul, elsősorban abból az igényből nőtt ki, hogy a kutatások jelentős része ma többcélú, azaz az alkoholprobléma a vizsgálandó kérdéskörnek csak egy részét képezi (Room, 1999; Bloomfield és mtsai, 2013).

A szakirodalom számos olyan tesztet említ, amely a *fogyasztás problémás jellegének* mérésére, illetve a függés diagnosztizálására alkalmas. Talán a legelterjedtebben használt tesztek a normál népesség körében végzett vizsgálatok során a CIDI-SAM (Composite International Diagnostic Interview Substance Abuse Module), az AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) (Babor és mtsai 1989), az AUDADIS (Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Inteview Schedule), a rövidebb kérdéssort tartalmazó a *CAGE* vagy az AUDIT rövidített változata, a RAPS (Bloomfield és mtsai, 2013).

A különböző módszertani elemzések az eltérő kérdezési módszerekkel kapcsolatosan arra a következtetésre jutnak általában, hogy a fogyasztás több kérdéssel történő mérése pontosabb becslésekre ad lehetőséget. A lerészegedés mutatóját bár fontos indikátornak tekintik, az eltérő értelmezés miatt nemzetközi összehasonlításokra kevésbé alkalmas. Míg az AUDIT és a RAPS a viszonylag könnyebb kérdezhetősége és rövidsége miatt tűnik előnyösnek, addig a CIDI pontosabb diagnózisra ad lehetőséget. A kérdezési módokról részletes áttekintést ad Bloomfield és mtsai (2013). A különböző kérdezési formák összehasonlító elemzését végezte el a SMART (Sandardized Measurement of Alcohol Related Troubles) program, amely tíz európai országra kiterjedően vizsgálta a különböző kérdezési módszerek érvényességét és megbízhatóságát (Sieroslawski, Foster, Moskalewicz, 2013; Thickett és mtsai, 2013).

A különböző módszertani elemzések az eltérő kérdezési módszerekkel kapcsolatosan arra a következtetésre jutnak általában, hogy a fogyasztás több

kérdéssel történő mérése pontosabb becslésekre ad lehetőséget. A lerészegedés mutatóját bár fontos indikátornak tekintik, az eltérő értelmezés miatt nemzetközi összehasonlításokra kevésbé alkalmas. Míg az AUDIT és a RAPS a viszonylag könnyebb kérdezhetősége és rövidsége miatt tűnik előnyösnek, addig a CIDI pontosabb diagnózisra ad lehetőséget. A kérdezési módokról részletes áttekintést ad Bloomfield és mtsai (2013).

## HIVATKOZÁSOK

Allamani, A. – Voller, F. – Decarli, A. – Casotto, V. – Pantzer, K. – Anderson, P. – Gual, A. – Matrai, S. – Elekes, Zs. - Eisenbach-Stangl, I. – Schmied, G. – Knibbe, R. A. – Nordlund, S. – Skjælaaen, O. – Olsson, B. – Cisneros, J. – Österberg, E. – Karlsson, T. – Plant, M. – Plant, M. – Miller, P. – Coghill, N. – Świątkiewicz, G. – Wieczorek, L. – Annaheim, B. – Gmel, G. (2011). Contextual Determinants of Alcohol Consumption Changes and Preventive Alcohol Policies: A 12-Country European Study in Progress. *Substance Use and Misuse,* June 21.

Anderson, P. – Baumberg (2006). *Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. A Report for the European Comission.* Institute of Alcohol Studies UK. June.

Andorka R. (1997). *Bevezetés a szociológiába.* Osiris, Budapest.

Bálint L. – Elekes Zs. (2016). Magyarország deviancia-térképe területi előrejelzésekkel. In: Tózsa István (szerk.): *Humán tér-kép. A humán és fejlesztéspolitikai tényezők földrajza Magyarországon.* E-Government Alapítvány a Közigazgatás Modernizációjáért, Budapest, 89–144.

Billings, J. (1903). Data relating to the use of alcoholic drinks among brain workers in the United States. In: Billings, J. S. (ed.): *Physiological Aspects of the Liquor Problem, 1.* Houghton Mifflin, Boston.

Bloomfield K. – Allamani, A. – Beck, F. – Bergmark, K. – Csemy, L. – Eisenbach-Stangl, I. – Elekes, Zs. – Gmel, G. – Kerr-Correa, F. – Knibbe, R. – Makela, P. – Monteiro, M. – Medina Mora, M. – Nordlund, S. – Obot, I. – Plant, M. – Rahav, G. – Romero Mendoza, M. (2005). *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study. An EU – Concerted Action. Project Final Report,* January. Charité Campus Benjamin Franklin, Berlin.

Bloomfield, K. – Hope, A. – Kraus, L. (2013). Alcohol survey measures for Europe: A literature review. *Drugs: eduucation, prevention and policy,* 2013, 20 (5), 348–360.

Bruun, K. – Edwards G. – Lumio, M. – Mäkela, K. – Pan, L. – Popham, R. – Room, R. – Schmidt, W. – Skog, O.-J. – Sulkunen, P. – Österberg, E. (1975). *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective.* (The Finnish Foundation for Alcohol Studies, 25.)

Elekes Zs. (2004). *Alkohol és társadalom*. Országos Addiktológiai Intézet, Budapest.

Elekes Zs. (2011). *Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek*. Jegyzet. BCE Budapest. http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/4335/

Globals Status Report on Alcohol (1999). Substance Abuse Department, Social Change and Mental health, WHO.

Global status report on alcohol and health (2014). WHO, Geneva.

Global Status Report on Alcohol (2018). WHO, Geneva. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1&ua=1

Greenfield T. K. – Kerr, W.C. (2008). Alcohol measurement methodology in epidemiology: recent advances and opportunities. *Addiction*, 103, 1082–1099.

Hartnoll, R. (1993). A drogproblémák felmérése, alapkövetelmények. *Szenvedélybetegségek,* 1 (5), 324–334.

Järvinen, M. – Room, R (eds.) (2007). *Youth Drinking.* Ashgate Publishing Limited, Gower House, Hampshire.

Jonsson, E. – Nilsson, T. (1967). *A joint Nordic study of the drinking habits of adults males*. Stockholm. Kézirat.

Lambrecht, P. (2008). *Binge drinking – Towards a more gender specific approach for measuring binge drinking.* Paper presented at the Annual ESPAD Project Meeting, Riga, October, 19–21.

Ledermann, S. (1956). *Alcool, alcoolisme, alcoolisation*. Paris, PUF.

Leifman, H. (2000). *Trends in Alcohol Consumption is the European Union*. Paper represented at the 26th Annual Alcohol Epdeimology Symposium of the Kettil Bruun Society, Oslo.

Mackenbach, J. P. – Kulhánová, I. – Bopp, M. – Borell, C. – Deboosere, P. – Kovács, K. – Looman, C. W. – Leinsalu, M. – Makela, P. – Martikainen, P. – Menivelle, G. – Rodrigez-Sanz, M. – Rychtariková, J. – de Geider, R. (2015). Inequalities in Alcohol-Related Mortality in 17 European Countries: A Retrospective Analysis of Mortality Registers. *PLoS Med*. Dec 1; 12 (12): e1001909.

Mäkelä, K. (1971). *Measuring the Consumption of Alcohol in the 1968–1969.* (Alcohol Consumption Study, 2.) Helsinki.

Manthey, J. – Probst, Ch. – Kilina, C. – Moskalewicz, J. – Sieroslawsky, J. – Karlsson, T. – Rehm, J. (2020). Unrecorded Alcohol Consumption in Seven European Union Countires. European *Addiction Research,* 26, 316–325.

Martinic, M. – Measham, F. (eds.) (2008). *Swimming with Crocodiles. The Culture of Extreme Drinking.* ICAP Series on Alcohol in Society. Routledge, Taylor & Francis Group, New York – London.

Moskalewicz, J. – Sieroslawski, J. (2010). *Drinking population surveys – Guidance document for standardized approach*. Final report for the project Standardizing

Measurement of Alcohol-related Troubles – SMART. Institute of Psychiatry and Neurology, Warsaw.

Plant, M. – Plant, M. (2006). *Binge Britain. Alcohol and the national response.* Oxford University Press.

Rehm, J. – Mathers, C. – Popova, S. – Thavorncharoensap, M. – Teerawattananon, Y. – Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *Lancet,* 373, 2223–33.

Room, R. (1999). *Measuring drinking patterns and problems: the experience of the last half century.* For presentation at the 25th Annual Alcohol Epidemiology Symposium, Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Montréal.

Room R. (2007). Az alkohol- és droghasználathoz kapcsolódó stigma és szociális egyenlőtlenségek. *Addiktológia,* 3, 232–254.

Rossow, I. – Barták. M. – Bloomfield, K. – Braddick, F. – Bye, E. K. – Kilian C. – Lopez-Pelayo, H. – Mäkelä, P. – Synnøve Moan, I. – Moskalewicz, J. – Petruželka, B. – Rogalewicz, V. and Manthey, J. (2021). Changes in alcohol consumption during the COVID-19 pan-2 demic are dependent on initial consumption level: Findings 3 from eight European countries *International Journal of Environmental Research and Public Health,* (megjelenés alatt).

Sieroslawski J. – Foster J. – Moskalewicz J. (2013). Survey of European drinking surveys. Alcohol survey experiences of 22 European countries. *Drugs: education, prevention and policy,* 20 (5), 383–398.

Skog, O.-J. (1980). Social Interaction and the Distribution of Alcohol Consumption. *Journal of Drug Issues,* Winter, 1–92.

Skog, O.-J. – Elekes, Zs. (1993). Alcohol and the 1950–90 Hungarian suicide trend: is there a causal connection? *Acta Sociologica,* 36, 33–46.

Thickett, A. – Elekes, Zs. – Allaste, A.-A. – Kaha, K. – Moskalewicz, J. – Kobin, M. – Thom, B. (2013): The meaning and use of drinking terms: Contrasts and commonalities across four European countries. *Drugs: education, prevention and policy,* October, 20 (5), 375–382.

Trolldal, B. (2000). *Sales of Alcoholic Beverages and the Inhabitants' Consumptio in 15 European Countries. A correction baased on consumption during journeys abroad and tax-free purchases.* Paper presented at the 26th Annual Alcohol Epdeimology Symposium of the Kettil Bruun Society, Oslo.

WHO (2000). International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm.

Zonda T. – Bozsonyi K. – Elekes Zs. (2010). Az *öngyilkosság és* az alkoholfogyasztás *összefüggése* a hosszútávú, populáció szintű vizsgálatok alapján: irodalmi *áttekintés és* egy hazai vizsgálat ismertetése. *Addiktológia,* 9 (1), 5–15.

# 2. EGY FŐRE JUTÓ ALKOHOLFOGYASZTÁS

Elekes Zsuzsanna – Bencsik Nóra

## 2.1. AZ ADATOK HÁTTERE

### 2.1.1. Az adatszolgáltatás intézményi háttere, protokollja[1]

*2.1.1.1. KSH*

Az egy főre jutó alkoholfogyasztásra vonatkozó adatoknak két fő forrása van: a KSH és a WHO.[2]

A *makroszintű adatok az élelmiszermérlegeken* alapulnak. A mérlegek összeállításához jelenleg a következő források szolgálnak alapul: a KSH adatgyűjtései és adat-összeállításai (mezőgazdasági, külkereskedelmi, ipari, árstatisztikai adatok) és kiadványai, egyes élelmiszer-ipari termékek árumérlege (Agrárközgazdasági Intézet, AKI).

Az alkohollal kapcsolatosan a mérlegek a három főbb italfajtára vonatkozóan tartalmaznak adatokat: bor, sör és égetett szeszes italok (tömény ital). A borra (szőlőtermesztésre) vonatkozó adatok a mezőgazdasági statisztika, a sörre és az égetett szeszes italokra vonatkozó termelési adatok az iparstatisztika részét képezik.[3]

Az élelmiszermérlegek összeállításakor a termelés mennyisége a kiinduló adat, az import és az év elejei nyitókészlet (amennyiben rendelkezésre áll) adja együttesen a rendelkezésre álló összes forrást. A KSH szakértője szerint készletadatok csak a bormérleg készítéséhez állnak rendelkezésre a Hegyközségek Nemzeti Tanácsától, sör és égetett szeszes ital esetében azonban nincsenek

---

[1] A fejezet összeállításakor felhasználtuk a KSH Ágazati statisztikai főosztálytól származó információkat, valamint a KSH honlapján található módszertani információkat: http://www.ksh.hu/docs/hun/modsz/modsz41.html

[2] A KSH a Háztartási költségvetési és életkörülmény adatfelvétel keretében gyűjt egyéni szinten fogyasztási adatokat, az innen származó eredmények azonban módszertanukban és korlátaikban is az önbevalláson alapuló, kérdőíves adatgyűjtéseknek felelnek meg.

[3] A mezőgazdasági statisztikai adatgyűjtésre vonatkozó módszertani leírás megtalálható: http://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=110&p_ot_id=100&p_obj_id=BDAC

Az iparstatisztikai adatgyűjtésre vonatkozó módszertan leírása: http://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=110&p_ot_id=100&p_obj_id=BCDA

ilyen adatok. Korábban (2016-ig) az Agrárgazdasági Kutatóintézet Élelmiszeripari termékek árumérlegei adatgyűjtését használták a sör és a szeszes italok készleteinek megállapításához. Azóta a készletváltozást egyéb információk (értékesítési adatok, piaci jelentések, NAV-adatok) alapján becslik. Sör esetében a készlethalmozódás a hazai sörgyárak esetében nem jellemző, termeléscsökkenésre pedig importtal reagál a kereskedelem. Töményitalok esetében a bérfőzött pálinka mutathat egyik évről a másikra nagyobb változásokat az utóbbi 10-15 évben, elsősorban a szabályozások és adópolitikák változásai miatt. Ezért ebben az esetben a termelési adatokat a készletváltozásokkal korrigálják. Az év során termelt mennyiség a szeszes italok esetében tartalmazza a NAV-tól származó, bérfőzött párlatra vonatkozó adatokat is.[4] Az összes forrásnak az exporttal, veszteséggel és zárókészlettel korrigált mennyisége adja a belföldi felhasználást. A fogyasztással/felhasználással jelzett mennyiség valójában nem a ténylegesen elfogyasztott mennyiséget jelenti, hanem az év során *rendelkezésre álló mennyiséget.* A KSH által kalkulált egy főre jutó fogyasztási adatok tehát a fogyasztható – a lakosság számára rendelkezésre álló – kínálatot mutatják.

Nem tartalmazzák:
- a hazai turisták külföldi fogyasztását,
- a magánimportot,
- a számba nem vehető forrásból származó, alkalmi értékesítéseket,
- a nem bejelentett, házi készítésű alkoholt.

A KSH 1950-től kezdődően közöl rendszeresen fogyasztási adatokat, a mérlegadatok azonban csak 1970-től állnak rendelkezésre. A korábbi adatgyűjtések módszertana nem ismert. Az 1970-től közölt egy főre jutó fogyasztási adatok azonosak a mérlegadatokkal, így feltételezhetjük, hogy a korábbi adatok számítási módszere is hasonló lehetett, mint az 1970 utániaké. Az általunk megkérdezett szakértő szerint nem volt olyan változás az adatok módszertanában, ami lényegesen érintette volna az alkoholra vonatkozó adatok alakulását.

A bormérleg 2003 óta az Európai Unió módszertana szerint készül a KSH-ban. Más alkoholos termékekre vonatkozó nemzetközi előírás és adatszolgáltatási kötelezettsége nincs a Hivatalnak. A KSH jelenleg az EUROSTAT-nak csak szőlőtermelésre vonatkozó adatokat továbbít, bormérleget nem jelent.

---

[4] A NAV-nál gyűjtött adatokkal kapcsolatos problémákkal önálló fejezet foglalkozik.

#### *2.1.1.2. WHO*[5]

A WHO definíciója szerint az egy adott országban, egy adott évben elfogyasztott alkohol mennyiségének megállapításakor számításba veszi a termelésből, importból, exportból és eladásból (ez utóbbi gyakran az adó alapján számolva) származó mennyiséget. A Magyarországra vonatkozó adatok forrása 1960 és 1999 között: World Drink Trends, 2000–2004 között a WHO Global Surveys on Alcohol and Health, 2005-től kezdődően pedig egyértelműen a KSH-t jelöli meg a WHO az adatok forrásaként.[6]

A WHO által négyévente kiadott és kifejezetten az alkoholproblémára koncentráló kötet az adatok elsődleges forrásának a nemzeti statisztikákat jelöli meg. Mindebből az következik, hogy az adatok forrása a KSH és a WHO esetében nem különbözik jelentősen.

#### *2.1.1.3. Eltérés a WHO és a KSH adatai között*

A WHO-tól és a KSH-tól származó adatok összehasonlításakor az egyik legfontosabb különbség az, hogy míg a WHO az egy főre jutó fogyasztási adatokat a 15 évesnél idősebb népességhez viszonyítja, addig a KSH-viszonyítás alapja a teljes népesség.

Az összes alkoholfogyasztás kiszámításakor mind a két szervezet a három italfajta átlagos alkoholtartalmával számol. Némi eltérés tapasztalható azonban abban, hogy az összes alkoholfogyasztás tisztaszesz-tartalmának kiszámításakor mennyi az az alkoholtartalom, amivel a KSH és a WHO az egyes italfajták esetében számol.

A bornál a KSH stabilan 11,5% tisztaszesz-tartalommal számol, ami többnyire megfelel a Magyarországon forgalmazott bor alkoholtartalmának. A KSH bormérlege nem tartalmazza a vermutot, az EU-előírásnak megfelelően a belsős felhasználásból levonják a vermutgyártásra kerülő bormennyiséget. A hazai bormérlegnek nem része továbbá az egyéb gyümölcsborok és az egyéb köztes alkoholtermékek sem. A WHO a szőlőbort 12 %-kal (és az ugyanebbe a kategóriába tartozó mustot 9%-kal, a vermutot pedig 16%-kal) számolja. A tömény italok esetében a KSH által számításba vett szesztartalom a kezdetektől fogva a 90-es évek közepéig 50% volt. Ez az alkoholtartalom tulajdonképpen mindig magasabb volt, mint a kereskedelmi forgalomban megjelenő tömény italok al-

[5] Ld. ennek leírását: https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/462

[6] https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1039?lang=en

koholtartalma, viszont sokszor elmaradhatott a házilag előállított tömény ital alkoholtartalmától. A 90-es évek közepétől a számítás 100%-os szeszben történt italfajtánként a következő alkoholtartalmakkal számolva: párlatok (bor, rum, gyümölcsszesz, vodka, pálinka) 40%, whisky, gin: 35%, likőrök: 30%. A WHO a tömény italoknál alacsonyabb alkoholtartalommal kalkulál: a párlatoknál 40%, az egyéb tömény italoknál pedig 30% a számításba vett alkoholtartalom. A sör számításba vett alkoholtartalmát a KSH többször módosította az idők során: 1991-ig 3,5% alkoholtartalommal számoltak, 1992 és 1995 között 3,5–4,6%-kal, 1996-tól pedig átlagosan 5% alkoholtartalmat vettek figyelembe az összes alkohol kiszámításakor. A WHO jelenleg a sört szintén 5% alkoholtartalommal veszi figyelembe az összes, tiszta szeszre számolt alkoholfogyasztásnál.

### 2.1.2. Az adatok megbízhatósága

Amint azt már korábban írtuk, a fogyasztásra vonatkozó makrostatisztikai adatok nem tartalmazzák a hazai turisták külföldi fogyasztását, a magánimportot, a számba nem vehető forrásból származó alkalmi értékesítéseket és a nem bejelentett házi készítésű alkoholt, azaz a nem regisztrált fogyasztást.

Ez Magyarországon elsősorban a nem legális házi szeszfőzésből és a feketepiacon beszerzett mennyiségből adódik.

A WHO 1999. évi kiadványa szerint Magyarországon 1995-ben 2,5 literre volt becsülhető a 15 évesnél idősebb népesség egy főre jutó nem regisztrált fogyasztása (Global Status, 1999: 18), *a 2004.* évi *kiadvány pedig 4 literre becsüli az egy főre jutó nem regisztrált fogyasztást* (Global Status, 2004: 16). A 2016-ra vonatkozó becslés szerint 1,5 liter volt a 15 évesnél idősebb népesség egy főre jutó nem regisztrált fogyasztása tiszta szeszben számolva. Bár a becslések módjáról egyik kiadvány sem közöl részletes információt, az mindenképpen valószínűsíthető, hogy *az eladási adatokban megmutatkozó változásokat jelentősen módosítaná, ha megbízható becslésekkel rendelkeznénk a nem regisztrált fogyasztás mértékéről.* Különösen két olyan időszak volt az elmúlt 70 évben, amikor bár konkrét tényekkel nem megalapozva, a szakmai közvélemény különös fenntartással fogadta a hivatalos adatközléseket. Egyik ilyen időszak a rendszerváltás körüli évek voltak, amikor a töményszesz-fogyasztás hivatalos statisztikákban megmutatkozó jelentős csökkenésének okát a környező országokból származó megnövekedett feketekereskedelemben látták. Azaz a hivatalos kereskedelmi forgalomban megmutatkozó csökkenést a megnövekedett olcsóbb, csempészetből származó fogyasztással magyarázták. A másik ilyen időszak az elmúlt 10 év, amikor újra megnőtt az adatok megbízhatósá-

gával kapcsolatos bizalmatlanság, aminek oka a házi szeszfőzés legalizálása. A nem regisztrált, házilag előállított alkohol feltehetőleg megnövekedett mennyisége jelentős mértékben hozzájárulhat a ténylegesen elfogyasztott alkohol mennyiségéhez. Bár a hivatalos adatok elsősorban a borfogyasztás jelentősebb visszaesését mutatják az elmúlt tíz évben, nem pedig a tömény szeszét, feltételezhetjük – és erre még más tanulmányokban visszatérünk –, hogy a megnövekedett, házilag előállított töményszesz-mennyiség mérséklően hatott a bor és az összes alkohol kereskedelmi forgalmára.

A hivatalos fogyasztási adatok értelmezésekor további bizonytalansági tényezőnek tekinthető a bor, sör és tömény szesz készleteinek alakulása, illetve a készletváltozás becslése.

*A hazai alkoholfogyasztás szerkezetében bekövetkezett tényleges változásokat módosíthatják más statisztikai számbavételi problémák is.* Korábban már írtunk arról, hogy az összes fogyasztás kiszámításakor milyen alkoholtartalommal számol a KSH az egyes italfajták esetében. Feltételezhető, hogy a kereskedelmi forgalomban megjelenő italfajták tényleges alkoholtartalmának változása (a sör alkoholtartalmának növekedése, a legálisan vásárolható tömény italok alkoholtartalmának 35–40%-ra történő mérséklődése) módosíthatja a statisztikai adatokban megmutatkozó tendenciákat.

## 2.2. AZ ADATOK BEMUTATÁSA[7]

### 2.2.1. Az egy főre jutó összes fogyasztás változása

Alkoholfogyasztásra vonatkozó rendszeres statisztikai adatközlés 1950-től van Magyarországon, de szórványos és becsült adataink már a 18. századtól léteznek. A legelső ismert becslés Pásztor Mihálytól származik, aki szerint egy budai lakosra 177 liter borfogyasztás jutott évente. Keleti Károly becslései szerint 1881-ben az egy főre jutó fogyasztás 18,6 liter bor, 3,4 liter sör és 16,4 liter égetett szeszes ital volt. Ennek alapján feltehető, hogy az egy főre jutó

[7] Az adatok forrása:
1970-ig: Rácz–Vingender, 1999;
1970-től:
KSH bormérleg: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/elm11.html;
KSH sörmérleg: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/elm12.html;
KSH égetett szesz és összes szesz: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/elm13.html

alkoholfogyasztás tiszta szeszre átszámítva nagyobb volt, mint napjainkban (Ritter, 2020).

A 19–20. század fordulóján erősen lecsökkent a borfogyasztás, ami valószínűleg a filoxérajárvánnyal volt összefüggésben. A század elején ismét emelkedett, és 1930-ra elérte az egy főre jutó 39 litert. Ugyanakkor ebben az időben jelentősen visszaesett az égetettszesz-fogyasztás: a 30-as évek elején már csak 2 liter/fő körül mozgott. A sörfogyasztás alacsony volt, és így 1934–35-ben a tiszta szeszben számított fogyasztás egy főre 3,3 liter volt (Andorka, 1988).

A KSH által 1950-ben közölt első hivatalos adatok alapján az akkori egy főre jutó fogyasztás alacsonyabb volt, mint a 30-as években. 1950-től azonban a 80-as évek elejéig az egy főre jutó alkoholfogyasztás folyamatosan növekedett. Az eddigi legmagasabb fogyasztást először 1980-ban éri el az ország, amikor az egy főre jutó fogyasztás tiszta szeszre számítva 11,7 liter volt. Ez pedig 2,4-szerese az 1950. évi adatnak. 1980-tól némi csökkenés következett be, és az egy főre jutó fogyasztás 11,3 literre csökkent. 1984-ben újra 11,7 literre nőtt a fogyasztás, majd 1988-ig folyamatos csökkenés volt megfigyelhető. Az 1989. évi átmeneti növekedés után az 1990-es évekre a csökkenés, majd a fogyasztás stabilizálódása következett be. A kilencvenes években, bár néhány tizedes ingadozás volt megfigyelhető a fogyasztás alakulásában, az évtized egészét mégis inkább a stabilitás jellemzi. Az 1985 és 1991 között bekövetkezett csökkenésnek, majd az azt követő évtizedes stabilizálódásnak az eredményeként 2000-ben az egy főre jutó fogyasztás másfél literrel volt kevesebb, mint 1984-ben. A 2000-es évek elején újabb hirtelen növekedés következik be: 2000 és 2001 között 0,6 literrel emelkedik meg az egy főre jutó fogyasztás tiszta szeszben számítva. 2006-ban 11,2 literre nő meg a fogyasztás, ami már megközelíti a nyolcvanas években mért magas adatokat. 2006 és 2007 között újabb hirtelen változás történik: először 0,5 literrel, majd 2007 és 2010 között további 1,6 literrel csökken a fogyasztás. Bár az adatok további ingadozásokat mutatnak a 2010-es években, mégis azt mondhatjuk, hogy a hivatalos KSH-statisztikák szerint a fogyasztás 9,2–9,5 liter körül stabilizálódni látszik. Ez pedig mindenképpen jelentős, közel kétliteres fogyasztáscsökkenést jelent a nyolcvanas évekhez képest, de jelentős a csökkenés az évezred első évtizedéhez képest is (2.1. táblázat).

**2.1. táblázat. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás alakulása[8]**

| Év | Bor | Sör | Tömény | Összesen (100%-os tiszta szeszben) |
|---|---|---|---|---|
| 1950 | 33,0 | 8,3 | 1,5 | 4,8 |
| 1960 | 29,9 | 36,8 | 2,8 | 6,1 |
| 1970 | 37,7 | 59,4 | 5,4 | 9,1 |
| 1975 | 34,2 | 72,3 | 7,2 | 10,1 |
| 1980 | 34,8 | 86,0 | 9,3 | 11,7 |
| 1981 | 29,8 | 89,3 | 9,9 | 11,5 |
| 1982 | 31,9 | 89,9 | 9,5 | 11,6 |
| 1983 | 29,7 | 89,0 | 9,7 | 11,4 |
| 1984 | 30,8 | 87,5 | 10,2 | 11,7 |
| 1985 | 24,9 | 93,0 | 10,9 | 11,6 |
| 1986 | 23,4 | 100,3 | 10,6 | 11,5 |
| 1987 | 21,8 | 101,4 | 9,5 | 10,8 |
| 1988 | 20,8 | 102,9 | 9,0 | 10,5 |
| 1989 | 22,8 | 104,0 | 10,1 | 11,3 |
| 1990 | 27,7 | 105,1 | 8,5 | 11,1 |
| 1991 | 28,8 | 100,3 | 7,7 | 10,7 |
| 1992 | 29,7 | 93,6 | 7,3 | 10,5 |
| 1993 | 31,3 | 82,4 | 7,3 | 10,5 |
| 1994 | 29,0 | 84,0 | 7,0 | 10,4 |
| 1995 | 26,3 | 74,6 | 6,8 | 9,9 |
| 1996 | 29,9 | 70,5 | 6,4 | 10,2 |
| 1997 | 31,5 | 68,6 | 6,2 | 10,3 |
| 1998 | 33,1 | 68,3 | 6,2 | 10,0 |
| 1999 | 30,2 | 68,0 | 6,1 | 9,9 |
| 2000 | 28,3 | 71,6 | 6,5 | 10,0 |
| 2001 | 33,8 | 71,0 | 6,8 | 11,0 |
| 2002 | 34,1 | 72,7 | 6,8 | 11,1 |
| 2003 | 32,2 | 75,1 | 7,0 | 11,1 |
| 2004 | 32,7 | 73,2 | 7,2 | 11,1 |
| 2005 | 33,1 | 72,6 | 7,0 | 11,0 |

[8] Abszolút literre történő átszámítás – átlagos szesztartalom: bor – 11,5%; sör – 1991-ig 3,5%, 1992-ben 3,65%, 1993-ban 4,0%, 1994-ben 4,3%, 1995-ben 4,6%, 1996-tól 5,0%; égetett szesz – 50%.

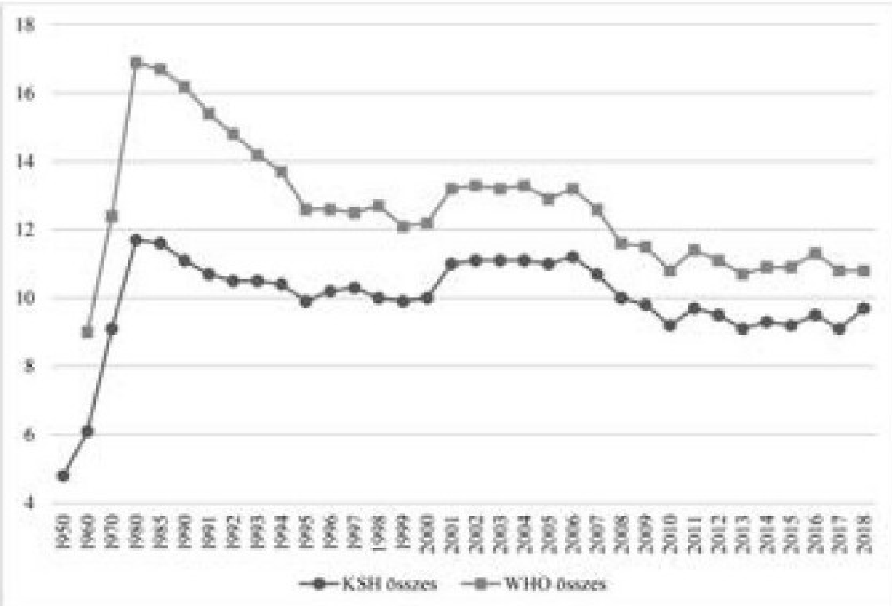
| Év | Bor | Sör | Tömény | Összesen (100%-os tiszta szeszben) |
|---|---|---|---|---|
| 2006 | 33,4 | 74,2 | 7,2 | 11,2 |
| 2007 | 28,5 | 77,8 | 7,0 | 10,7 |
| 2008 | 24,1 | 72,9 | 7,0 | 10,0 |
| 2009 | 23,6 | 72,6 | 6,8 | 9,8 |
| 2010 | 23,4 | 66,4 | 6,2 | 9,2 |
| 2011 | 26,0 | 69,1 | 6,6 | 9,7 |
| 2012 | 23,7 | 69,6 | 6,6 | 9,5 |
| 2013 | 23,8 | 64,6 | 6,4 | 9,1 |
| 2014 | 21,8 | 66,7 | 7,0 | 9,3 |
| 2015 | 25,3 | 67,1 | 6,2 | 9,2 |
| 2016 | 26,9 | 67,4 | 6,4 | 9,5 |
| 2017 | 24,8 | 67,8 | 6,0 | 9,1 |
| 2018 | 24,6 | 70,4 | 6,8 | 9,7 |
| 2019 | 21,0 | 72,7 | 6,4 | 9,1 |

Forrás: KSH

A WHO által közölt egy főre jutó fogyasztási adatok 1961-től állnak rendelkezésre.[9] Amint korábban már írtuk, a WHO által közölt fogyasztási adatok a 15 éves vagy idősebb, vagyis kisebb létszámú népességre vonatkoznak, így természetesen magasabb értékeket mutatnak. A WHO-adatok által mutatott trendek 1995-től napjainkig nagyjából azonos tendenciákat mutatnak, mint a KSH-adatok. 1960 és 1985 között a WHO adatok meredekebb növekedést, utána pedig 1995-ig nagyobb mértékcsökkenést jeleznek (2.1. ábra).

[9] A WHO-adatok forrása: https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1039?lang=en

**2.1. ábra. Egy főre jutó alkoholfogyasztás tiszta szeszben számolva teljes népességre liter/fő – KSH- és WHO-* adatok összehasonlítása**




* A WHO 1960-ban Magyarországra nem közölt adatot, a grafikon az 1961. évi adatot mutatja.

### 2.2.2. A fogyasztás struktúrája

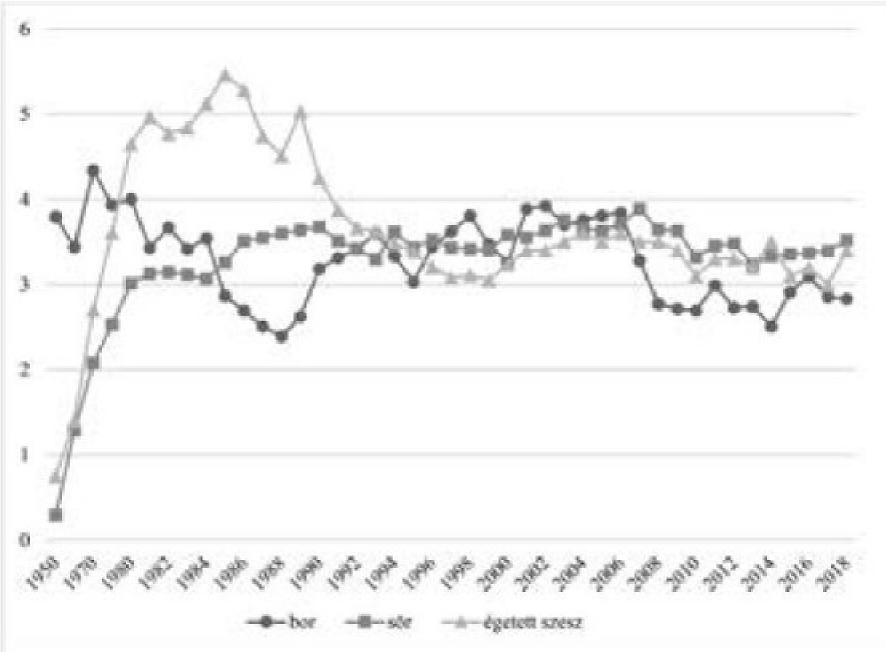
Az elmúlt fél évszázadban az alkoholfogyasztás szerkezete is sokat változott. Míg a 19. század végére vonatkozó becslés szerint a *tömény szesz* fogyasztása dominálta az összes alkoholfogyasztást, addig a múlt század harmincas éveiben és az 1950-re vonatkozó első hivatalos statisztika szerint is az alkohol fogyasztása, tiszta szeszben számolva, legnagyobb arányban (79%) *bor* formájában történt, és elenyésző volt a töményszesz- és a sörfogyasztás aránya. A bor aránya az összes fogyasztáson belül 1965-től kezdődően a 80-as évek közepéig folyamatosan csökkent, amikor arányában és mennyiségében is a huszadik században regisztrált legkisebb értéket éri el. A 2000-es évek elején a borfogyasztás ismét enyhe növekedést mutat. Majd 2007-ben egy év alatt közel 5 literrel csökken. Ez a csökkenés 2014-ig tart, amikor az egy főre jutó elfogyasztott bor mennyisége 1988 óta a legalacsonyabb, 21,8 liter volt. Ugyanakkor az összes fogyasztáson belüli arányát tekintve újra közelíti az egyharmados részarányt.

A sörfogyasztás 1950 és 1990 között több mint 12-szeresre nőtt Magyarországon. A kilencvenes évek elejétől az évezred végéig a sörfogyasztás abszolút értékben csökken, majd a 2000-es évek elején ismét enyhe növekedést mutatnak az adatok. 2010-ben újabb csökkenés következik be: 70 liter alá csökken az egy főre jutó fogyasztás, és az elmúlt években nagyjából ezen a szinten stabilizálódott. Az összfogyasztáson belül egyértelműen megnőtt a sör aránya: míg a 70-es, 80-as és 90-es években az összfogyasztás kb. egynegyede történt sör formájában, az elmúlt 3 évtizedben stabilan meghaladta az összfogyasztás egyharmadát. A regisztrált töményszesz-fogyasztás 1950 és 1985 között 7,2-szeresére nőtt, és így az összes alkoholfogyasztáson belüli aránya is 14,3%-ról 47%-ra emelkedett a nyolcvanas évek közepére. A nyolcvanas évek második felében ennél az italfajtánál következett be a legnagyobb mértékű csökkenés is. A kilencvenes évek közepétől a 2000-es évek elejéig a töményfogyasztás adatai meglehetős stabilitást mutatnak, amelyet a 2000-es évek elején újabb enyhe növekedés követ. 2008-tól kezdődően inkább a töményszesz-fogyasztás csökkenése, stabilitása a jellemző. Az arányokat tekintve, a 80-as évek kiugróan nagyarányú töményszesz-fogyasztása után a 2000-es évek elejére 30% alá csökken a tömény italok összfogyasztáson belüli aránya. Az elmúlt évtizedet tekintve a töményszesz részesedése az összefogyasztáson belül stabil, egyharmadot meghaladó arányú (2.2. ábra).

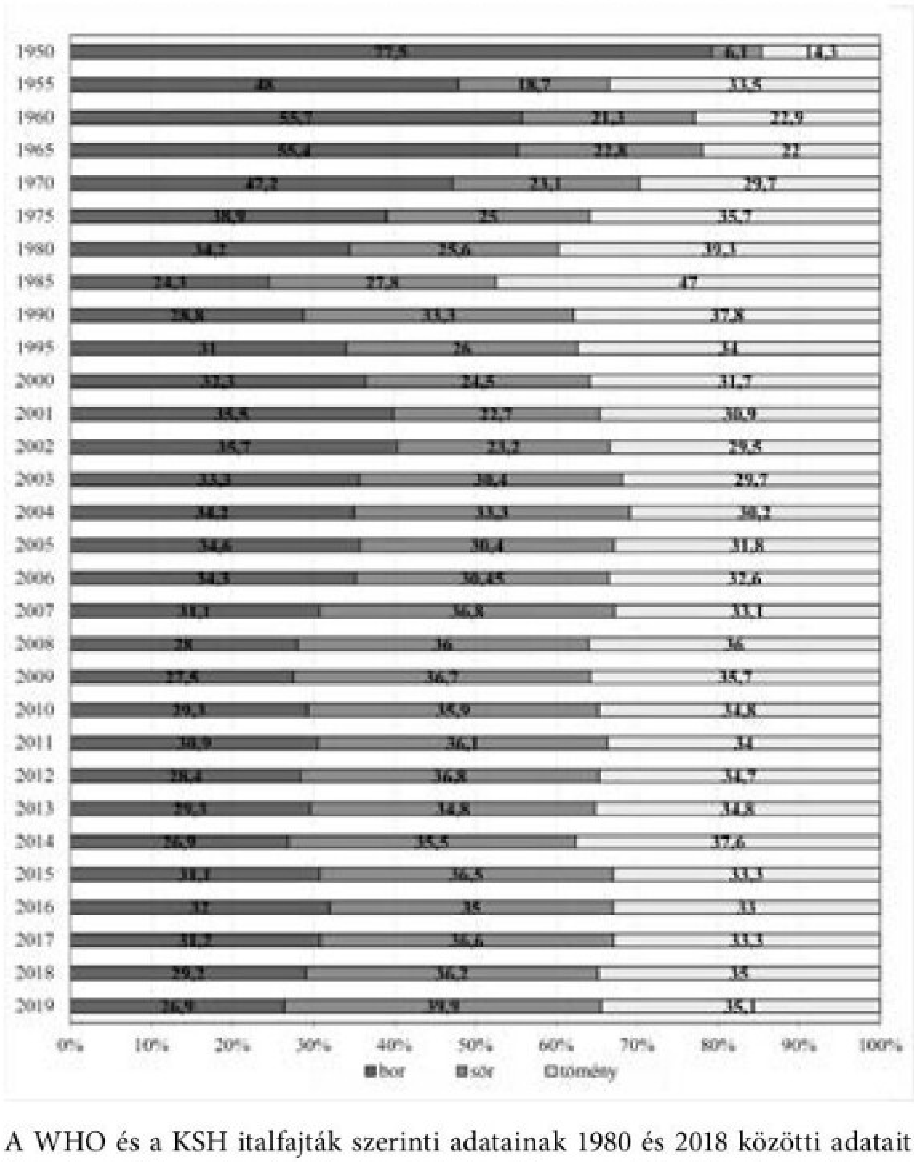
Az adatok arra utalnak, hogy egyrészt a bor, másrészt pedig a sör és a tömény ital fogyasztása egyfajta helyettesítő szerepet tölt be a magyar társadalom alkoholfogyasztásában. Az elmúlt közel 70 évben *a borfogyasztás növekedése többnyire a sör* és *a tömény italok fogyasztásának csökkenésével járt együtt, illetve fordítva*, a borfogyasztás csökkenése a sör és a tömény italok növekedésével társult. Mindez meglehetősen változó fogyasztási szerkezetet is eredményezett.

A hetvenes és nyolcvanas években a bor fogyasztása jelentősen visszaszorult, ezzel párhuzamosan *a tömény szesz* összfogyasztáson *belüli aránya folyamatosan nőtt*. A sör összfogyasztáson belüli aránya kisebb mértékben szintén nőtt. A kilencvenes években és *a 2000-es* évek*ben főleg a sör* összfogyasztáson *belüli aránya nő, de az* évezred *elejéhez képest ismét emelkedik a tömény szeszek aránya is* (2.3 *ábra).*

**2.2. ábra. Egy főre jutó alkoholfogyasztás tiszta szeszben**



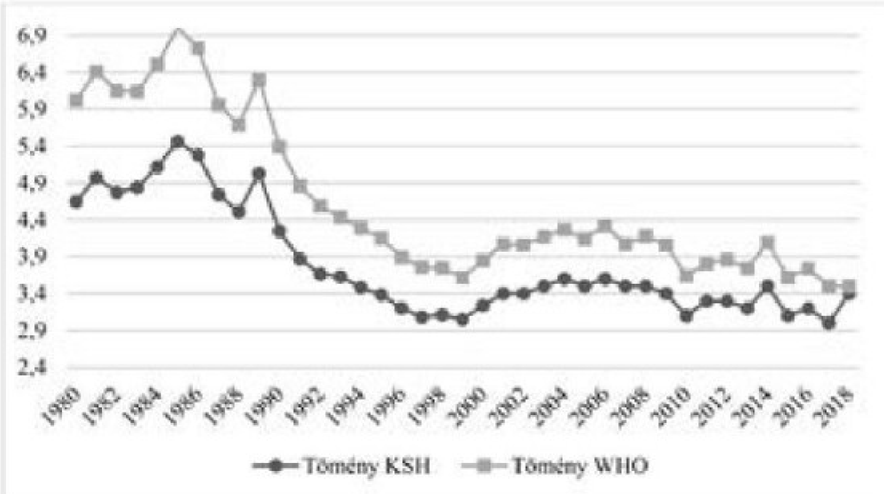
**2.3. ábra. Az összes egy főre jutó fogyasztás megoszlásának változása italfajtánként (%)**



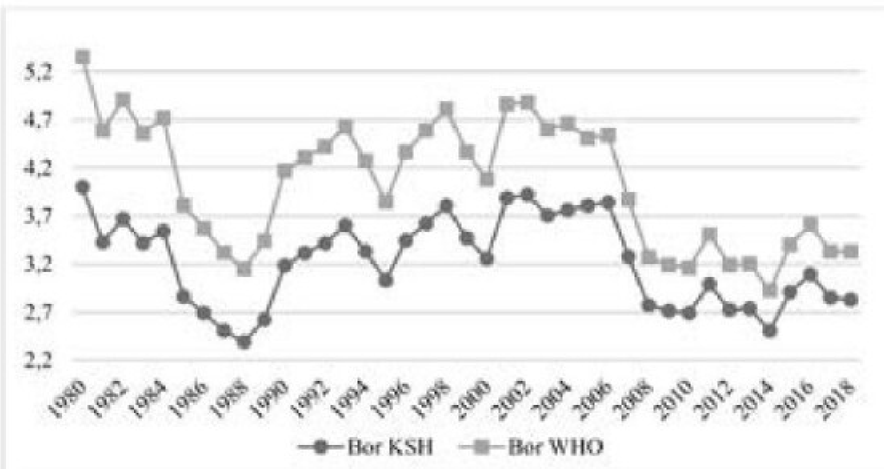

A WHO és a KSH italfajták szerinti adatainak 1980 és 2018 közötti adatait összehasonlítva, a bor és a tömény italok esetében meglehetősen hasonló trendeket tapasztalunk[10] (2.4. és 2.5. ábra).

[10] Ábrák forrása: KSH: mérlegadatok alapján saját számítás; WHO: Recorded alcohol per capita consumption, 1960–2018 (https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1022?lang=en).

**2.4. ábra. Egy főre jutó tömény ital-fogyasztás a KSH és a WHO adatai alapján, tiszta szeszben számolva, liter**



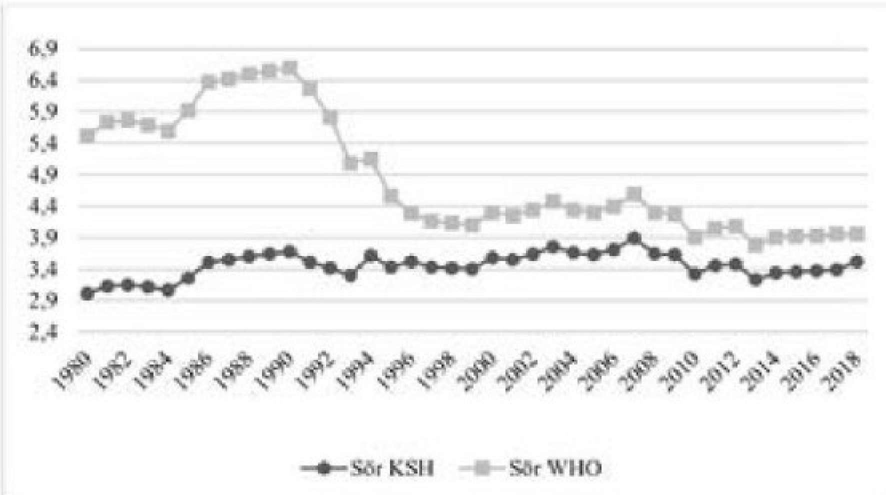

**2.5. ábra. Egy főre jutó borfogyasztás a KSH és a WHO adatai alapján, tiszta szeszben számolva, liter**




A sör fogyasztásának alakulása 1980 és 1996 között jelentősen eltér a KSH és a WHO forrásai alapján. Az eltérés egyik magyarázata valószínűleg az lehet, hogy a KSH csak 1996-ban tér át a sör 5%-os alkoholtartalommal való számbavételére, míg a WHO korábban is ezzel az alkoholtartalommal számolt.

Valószínűleg a sörfogyasztásban megjelenő eltérés a KSH- és a WHO-adatok között magyarázza az összfogyasztás eltérő trendjét is ebben az időszakban (2.6. ábra).

**2.6. ábra. Egy főre jutó sörfogyasztás a KSH és a WHO adatai alapján tiszta szeszben számolva, liter**




## 2.3. ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTETÉSEK

Az éves, rendelkezésre álló alkoholmennyiségen alapuló fogyasztási adatok a 2000-es évek elejétől először jelentősebb csökkenést, majd a fogyasztás stabilitását jelzik. A csökkenés több éven keresztül elsősorban a borfogyasztást érintette, a tömény italok fogyasztása inkább hullámzást mutatott, legstabilabb pedig a sör fogyasztása volt. A hosszabb távú javuló tendencia ellenére 2016-ban Magyarország az európai országok között a 11. legmagasabb mennyiségű fogyasztást regisztrálta. A magyarnál magasabb egy főre jutó fogyasztást Észtországban (15,8 liter/fő), Litvániában (13,8 liter/fő), Csehországban (12,9 liter/fő), Franciaországban (11,8 liter/fő), Luxemburgban (11,5 liter/fő), Ausztriában (11,4 liter/fő), Bulgáriában (11,4 liter/fő), Németországban (11,3 liter/fő), Írországban (11,3 liter/fő) és Lettországban (11,1 liter/fő) mértek. Mivel összesen egy Európán kívüli országban regisztráltak a mienknél nagyobb fogyasztást (Seychelle-szigetek: 12,4 liter/fő), ez egyben azt is jelenti, hogy a világ 12. legtöbb alkoholt fogyasztó országa a miénk (Global Status Report, 2018).

Az a csökkenés, ami a magyar statisztikai adatokban kifejeződik, nem egyedülálló jelenség. A WHO európai régiójában 2005 és 2016 között az egy főre jutó fogyasztás 12,3 literről 9,8 literre csökkent. A csökkenés a legnagyobb mértékű a korábbi nagyfogyasztó országokban volt (Oroszország, Moldovai Köztársaság, Belorusszia), az európai országok háromnegyed részében csökkenést mutattak az adatok. A fogyasztás mérséklődése számos európai országban már korábban elkezdődött. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás Európa egészét tekintve a hetvenes évek második felében tetőzött, és azóta jelentős csökkenés ment végbe (Anderson–Baumberg, 2006). A csökkenés azonban különböző mértékben érintette Európa országait. A fogyasztás csökkenése főleg a hagyományosan borfogyasztó országokban (elsősorban Olaszország, Franciaország) volt, jelentős és elsősorban a borfogyasztás csökkenésének volt köszönhető (Leifman 2001). A hagyományosan „sörfogyasztók"-ként definiált országokban az összes fogyasztás növekedése szintén a hetvenes évek elejéig tartott, ám a csökkenés nem volt olyan radikális, mint a borfogyasztó országokban. *Magyarország a volt szocialista országok többségéhez hasonlóan nagyjából 10* év *késéssel követte Európa nyugati országait.*

## HIVATKOZÁSOK


Anderson, P. – Baumberg (2006). *Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. A Report for the European Comission.* Institute of Alcohol Studies UK. June.

Andorka Rudolf (1988). Az alkoholizmus magyarországi kutatása. In: Münnich I. (szerk.): *Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarokról.* Kossuth, Budapest.

Global Status Report on Alcohol (2004). *Substance Abuse Department, Social Change and Mental health.* WHO.

Globals Status Report on Alcohol (1999). *Substance Abuse Department, Social Change and Mental health.* WHO.

Leifman H. (2001): Homogenisation in alcohol consumption in the European Union. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs,* vol. 18. 15–30.

Rácz J. – Vingender I. (szerk.) (1999): *A főbb addikciók (alkoholizmus, dohányzás, drogabúzus) szerepe Magyarországon a morbiditásban-mortalitásban és a népességfogyatkozásban. Statisztikai elemzés az Országgyűlés tájékoztatására 1998.* OAI, Budapest.

Ritter I. (2020): Alkoholfogyasztás és közlekedés – számokban. In: *Kriminológiai tanulmányok 57.* OKRI, Budapest, 161–178.

## ADATOK FORRÁSA:

KSH bormérleg: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/elm11.html,

KSH sörmérleg: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/elm12.html,

KSH égetett szesz és összes szesz: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/elm13.html

KSH módszertani információ: http://www.ksh.hu/docs/hun/modsz/modsz41.html

KSH mezőgazdasági statisztikai adatgyűjtésre vonatkozó módszertani leírása. http://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=110&p_ot_id=100&p_obj_id=BDAC

KSH iparstatisztikai adatgyűjtésre vonatkozó módszertan leírása: http://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=110&p_ot_id=100&p_obj_id=BCDA

WHO: Recorded alcohol per capita consumption, 1960–2018 (https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1022?lang=en)

WHO adatok további forrása: https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1039?-lang=en

WHO adatok leírása: https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/462

# 3. A NEM REGISZTRÁLT ALKOHOLFOGYASZTÁS BECSLÉSEINEK PROBLÉMÁI

Hajdu Miklós

A nem regisztrált alkoholfogyasztás a világszerte elfogyasztott szeszesital-mennyiség 25,5 százalékát tette ki az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2018-ra vonatkozó becslése szerint (World Health Organization, 2018). Amint a fogalom megnevezéséből is kiderül, az imént idézett értékelés egy hivatalosan nem mért jelenségre vonatkozik, ami gyakran kapcsolódik össze az illegalitással, ráadásul sokszor a leginkább marginalizálódott társadalmi csoportok körében jellemző igazán. Vagyis a hivatalos, a hatóságok számára látható és mérhető csatornákon túli forrásokból beszerzett alkoholos italok fogyasztásával kapcsolatban csak olyan becslésekre hagyatkozhatunk, amelyek meglehetősen sok bizonytalanságot hordoznak magukban. Ugyanakkor ezek a becslések mégis kulcsfontosságúak, ugyanis az egyik legégetőbb egészségügyi problémakörrel kapcsolatosak (Rehm és mtsai, 2009; World Health Organization, 2010), ami Magyarországon is kifejezetten releváns: az alkoholisták Jellinek-formula segítségével becsült száma az utóbbi évtizedekben jelentősen csökkent, a probléma továbbra is jelen van,[1] miközben a nem regisztrált alkoholfogyasztás leginkább a súlyos ivók körében jellemző (Manthey és mtsai, 2020).

Jelen tanulmány célja a nem regisztrált alkoholfogyasztással kapcsolatos becslésekhez használt módszerek bemutatása. Mivel – amint arról fentebb is volt szó – zömmel rejtett, eltitkolt, de mégis sokszínű tevékenységéről van szó, a kutatók kénytelenek több szempontból, illetve többféle módon is megközelíteni azt. Ráadásul a területen végzett kutatások további alapvető nehézsége a megfelelően mérhető és magyarázható definíció megalkotása (Nordlund–Österberg, 2000). A WHO definíciója (World Health Organization, 2018) szerint – ami sok kutatás esetében mérvadónak számít – nem regisztrált alkoholfogyasztásnak tekinthető a házi készítésű vagy más, informális módon (ami lehet legális és illegális is) előállított italok, a csempészett szeszes italok, az ipari vagy gyógyításban használt alkoholos készítmények és az adott ország

[1] Az alkoholisták becsült száma az 1990-es évek végén még meghaladta a 800 ezer főt, a 2010-es években azonban rendre 400 ezer fő körül alakult (lásd: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fek005.html).

határain túl megvásárolt alkoholos italok elfogyasztása. A kérdéses termékek tehát lehetnek akár hagyományos italok, de olyan helyettesítő cikkek is, mint például a szájvizek és a parfümök vagy a denaturált szesz. Alapvetően a nem regisztrált alkoholok a következő hat csoportba sorolhatók (Thamarangsi, 2013): az illegálisan főzött szeszek (1); a kereskedelmi forgalomban is kapható, de hamisított, szintén illegálisan készített italok (2), a csempészett italok, amelyek szintén elérhetők lehetnek kereskedelmi forgalomban is (3), a törvényi keretek között otthon készített termékek (4), a törvényesen behozott, például vámmentes boltokban vásárolt italok; (5) és az olyan, az italok helyettesítésére is használható alkoholos termékek, mint például bizonyos kozmetikumok, parfümök, gyógyszerek (6).

A WHO becslése pedig – ami a nem regisztrált alkoholfogyasztást az összes elfogyasztott szeszes ital százalékában adja meg 189 országra vonatkozóan, és szintén mérvadó adat a szakterületen – négy különböző adatfelvétel alapján történt 2018-ban: a világszervezet saját maga kér fel szakembereket a becslések megtételére (1); a WHO és a kanadai CAMH[2] közös szakértőgárdája[3] 34 olyan országra fogalmaz meg becsléseket Delphi-módszerrel,[4] amelyeket különösen érint a probléma (2); szintén a két szervezet 42 országból érkező 129 szakértője is hasonló módon ad becslést (3); a WHO STEPS adatgyűjtéséből[5] származó információkat is felhasználják (4).

A különböző forrásokból származó adatokat végül a kutatók regressziós modellekkel[6] összegzik, amelyekkel a becslések olyan országokra is kiterjeszthetővé válnak, ahonnan csak bizonyos háttérváltozók, mint például a jövedelmi viszonyok vagy a regionális sajátosságok állnak a kutatók rendelkezésére (Probst és mtsai, 2018). Többek között a nem regisztrált szeszek fogyasztása különösen gyakori a vidéki, alacsony státuszú lakosság körében, így az ő népességbéli arányuk fontos támpont lehet ezekben a modellekben (Probst és mtsai, 2019).

[2] Centre for Addiction and Mental Health.

[3] A szakértőket az efféle kutatásoknál jellemzően a WHO ajánlja, illetve az olyan orvosi szakmai és publikációs adatbázisokat böngészik a szervezők, mint az Expertscape, a PubMed, de a Web of Science és akár a Google keresőit is használják. A paneltagok végül többnyire az egészségügyi minisztériumok és a hozzájuk tartozó szervezetek, a bűnüldözéssel és vámügyintézéssel foglalkozó intézmények dolgozói és a téma kutatói közül kerülnek ki (Rehm és mtsai, 2016).

[4] A vélemények egymástól független és névtelen összegyűjtése. A módszert már az 1950-es évek óta alkalmazzák oktatási, egészségügyi és szociális kérdésekkel kapcsolatos kutatások során (Delbecq és mtsai, 1975).

[5] Az adatgyűjtés kérdőíves kutatásokon, a lakosság alapvető fizikai jellemzőire (például magasság, súly, vérnyomás) vonatkozó információk gyűjtésén és biokémiai vizsgálatokon (például vérképek elemzése) alapul (World Health Organization, é. n.).

[6] Az egyik lehetséges eljárás az úgynevezett multilevel fractional response modelling.

A kevert módszertan, a szakértői becslésekkel kiegészített statisztikai elemzések áthidaló megoldást kínálnak olyan problémákra, mint például az adminisztratív adatok országonként eltérő torzítottsága (akár valamiféle szesztilalom vagy az alkoholisták társadalmi megbélyegzettsége miatt) és hiánya. A módszerrel szemben azonban számos aggály, kritika hozható fel, amelyek leginkább arra utalnak, hogy a becslések a valós nem regisztrált szeszfogyasztást alulértékelik (Lachenmeier–Walch, 2018). A figyelembe vett kérdőíves vizsgálatok ugyanis jellemzően épp a jelenség által a leginkább érintett és jellemzően a legmarginalizáltabb helyzetben lévő fogyasztókat érik el a legkevésbé, ráadásul a hamisított italok forgalmát sem méri.[7] Mindezek arra utalnak, hogy a mérési mód ugyan konzervatív, de robusztus – a kritikusok körében azonban a WHO 25 százalék körüli becslével[8] szemben 33 százalék is elhangzik a nem regisztrált alkoholok teljes szeszfogyasztásbeli arányát illetően (Lachenmeier–Walch, 2018).

Az összehasonlító becslések nehézsége továbbá, hogy a nem regisztrált alkoholok fogyasztásának mértéke térben és időben jókora változásokat mutat. Jó példa az utóbbira Magyarország esete a rendszerváltás idején: a szocializmus időszakában a feltételezhetően a hivatalos statisztikákban nem tükröződő szeszesital-fogyasztás döntő része jól becsülhető volt, a kilencvenes évektől azonban – köszönhetően részben a határok átjárhatóságának, a megnövekedett idegenforgalomnak és feltételezhetően a feketekereskedelem, illetve a házi szeszfőzés növekvő szerepének – megváltozott a helyzet (Elekes, 2011). A térbeli összehasonlíthatóság problémáját pedig szépen illusztrálják a jelenséggel különösképpen sújtott Észak- és Közép-Európa esetei: míg a skandinávok jellemzően a turizmus útján jutnak hozzá a hivatalos adatgyűjtések tükrében láthatatlan szeszekhez, addig a posztszocialista országokban a fe-

7 Az alkoholfogyasztók sokszor maguk sem tudják, hogy hamisított italokat isznak: például Csehországban 2012-ben egy tömeges metanolmérgezés nyomán derült fény arra, hogy nagy tételben adtak el hamis szeszes italt (Lachenmeier–Walch, 2018).

8 E becslés, amint azt fentebb már jeleztük, a szervezet „Global status report on alcohol and health 2018" című kiadványában jelent meg. A dokumentum sajnos mindössze egy regionális összehasonlítást tartalmaz a becsléssel kapcsolatban (ebből kiderül, hogy a nem regisztrált alkoholok fogyasztása leginkább Délkelet-Ázsiában és a mediterrán régió keleti részén jellemző), időbeni tendenciák azonban nem derülnek ki. A szervezet honlapján sincsenek publikálva ilyen adatok, itt csak 2016–2018-ra vonatkozóan érhető el országonként egy számadat, ami a tiszta szesz literjében fejezi ki az egy főre jutó nem regisztrált alkoholfogyasztást. Ugyanakkor a „Global status report on alcohol and health 2014" című kiadványban elérhető a WHO eggyel korábbi becslése, ami 24,8 százalék volt (World Health Organisation, 2014), és hasonlóképpen sporadikusan, korabeli tanulmányokból, dokumentumokból lelhetők fel a régebbi becslések.

ketepiacok és a házi főzés adják a legfontosabb forrásokat (World Health Organization, 1999).

Éppen ezen sokszínűség miatt a WHO fentebb bemutatott módszerén túl számos más mérési törekvést is fel lehet sorolni. Az uniós országok turistaforgalmának és vámmentes kereskedelmének hivatalos adatainak figyelembevételétől kezdve (Trolldal, 2001) a házi készítésű alkoholok, illetve az emberi fogyasztásra alkalmatlan alkoholtartalmú folyadékok felhasználására is kitérő adatfelvételeken keresztül (Finnish Institute for Health and Welfare, é. n.) a halálozási adatok elemzéséig rendkívül változatos módokon közelítik a problémát a kutatók. A mortalitás vizsgálata gyakorinak tekinthető: a hivatalos szeszesital-forgalom és az alkoholmérgezéssel, a májcirrózissal vagy az alkoholos pszichózissal, illetve az alkohollal kapcsolatba hozható halálesetek statisztikái közötti idősoros kapcsolatból következtetni lehet a nem regisztrált szeszes italok fogyasztására (Leifman, 2001; Solodun és mtsai, 2011). Ez a következő modell szerint tehető meg:

$$I_t = \beta A_t + N_t$$

ahol az „I" jelöli az alkoholhoz köthető mortalitást, az „A" a hivatalos alkoholfogyasztási adatot, a bétával pedig a mért fogyasztás hatását fejezzük ki „t" időpontban, míg a jelenség szempontjából különös jelentőségű hibatagot az „N" jelöli. E hibatag alapján lehet következtetni a hatóságok által nyilvántartott szeszesital-forgalmon túli tényezőknek az alkoholhoz köthető mortalitásra gyakorolt hatására, amelyek között a nem regisztrált alkoholfogyasztás is szerepet kaphat. Ez különösen akkor közelíthető jól, ha van okunk feltételezni, hogy a regisztrált és a nem regisztrált alkoholfogyasztáson túli befolyásoló tényező (például az egészségügyi ellátás színvonala) hatása és alakulása változatlan marad a vizsgált időszakban.

Fontos hangsúlyozni ugyanakkor, hogy az alkohollal kapcsolatos halálozási adatokat is számos tényező torzíthatja (Rehm és mtsai, 2017): az alkoholmérgezések esetében kérdés, hogy az etanol mellett milyen további vegyületek (például a metanol) okozta haláleseteket vesznek számba, továbbá, ha nem közvetlenül az alkoholfogyasztás okozta a halált, hanem annak egy szövődménye (például valamilyen szív- és érrendszeri megbetegedés), akkor a halálokok között mennyire követhető vissza az alkoholizmus fennállása – sőt, ugyanez a probléma felmerül a más toxikus szerek túladagolása következtében felmerülő haláleseteket nézve is. Végül, de nem utolsósorban a halálozási adatokat vélhetően szisztematikusan lefelé torzítja az alkohollal, alkoholizmussal kapcsolatos stigmatizáció.

Előfordulnak olyan kutatások is, amelyek csempészettel, lefoglalásokkal kapcsolatos bűnügyi adatokra vagy éppen az etanol, illetve az otthoni szeszfőzéshez szükséges termékek eladási statisztikáira, esetleg a gyümölcsösök, szőlőbirtokok területére vonatkoznak (Razvodovsky, 2010). A becslések alapjául szolgáló közelítő – proxy – adatokat azonban többnyire nemcsak az alkoholfogyasztás befolyásolja, hanem többek között az ellátórendszerek és a hatóságok működésének minősége is: például az alkohol okozta mortalitás összefügghet az egészségügyi ellátás színvonalával. Ráadásul a kérdőíves vizsgálatokhoz hasonlóan sok esetben a közelítő statisztikák ugyanúgy nem fedik le azokat a társadalmi csoportokat, akik szélsőségesen rossz helyzetük miatt kívül esnek az ellátórendszerek látóköréből, miközben az alkoholizmus különösen érinti őket.

A felelősségteljes alkoholfogyasztásért fellépő italgyárakat tömörítő International Alliance for Responsible Drinking (IARD) a kérdőíves vizsgálatok, a szakértői értékelések mellett szintén javaslatot tesz az indirekt mutatók figyelembevételére a nem regisztrált szeszek jelentőségének becslésekor (IARD, 2015). Ugyanakkor felhívja a figyelmet arra, hogy a különböző módszerek érvényessége csak meglehetősen szűk kulturális és földrajzi egységeken belül garantálható, az alkalmazásukkal nyert adatok nemhogy nemzetközi szinten, de még országokon belül is gyakran nehezen vethetők össze, az eredmények nem vonatkoztathatók teljes társadalmakra. Mindezt nemcsak a helyi sajátosságok, hanem például a sokszor kényszerből alkalmazott kutatói gyakorlatok is okozzák: például valószínűségi mintavétel helyett kényelmi minták alkalmazása kevés válaszadó bevonásával, feszült, az őszinte válaszok gyűjtését hátráltató légkörben lebonyolított terepmunka a kérdezőbiztosok és a megkérdezettek közötti kulturális távolság miatt. Ráadásul a különböző becslések összehasonlíthatósága is problémás, már csak azért is, mert a jelenség definiálásával kapcsolatban sincs konszenzus a kutatók körében.

Tekintettel arra, hogy az alkoholizmus, illetve a nem regisztrált szeszesital-fogyasztás Oroszország régi gondjai közé tartozik, rendkívül széleskörű kutatási tapasztalat halmozódott fel a jelenség tanulmányozásával kapcsolatban az országban. Mindezt tetézi, hogy az utóbbi néhány évben a kormány erélyes intézkedésekkel igyekszik visszaszorítani az italfogyasztást, ami szintén komoly keresletet támaszt a témával kapcsolatos kutatások iránt (Neufeld–Rehm, 2018). Ezek az intézkedések rámutatnak egy eddig még nem tárgyalt megközelítésre is: a jogszabályi keretek változásának vizsgálatára. Igaz, egyértelmű empirikus bizonyítékok nincsenek, de jórészt beláthatók voltak az orosz törvényi változások hatásai az alkoholfogyasztás átalakulására.

A hivatalos forrásból származó szeszes italok árának megemelése vagy árusításának szigorítása többnyire a nem regisztrált alkoholok felé irányították az embereket a kétezres évek közepén, főleg a szegényebb rétegeket (pl. munkanélküliek). A hirtelen szabályváltozásokat rendszerint a piac felfordulása követte, ami időben együtt járt a súlyos mérgezések tömeges előfordulásával és az alkoholos italok hiányával. Az áremelések miatt egyre gyakoribbá vált ugyanis a még legálisan beszerezhető orvosi fertőtlenítő alkoholokból készített italok fogyasztása. Ez hamarosan olyan sok halálesettel járt, hogy idővel a szakértők már kezdték túlbecsülni a jelentőségét (Neufeld–Rehm, 2018).

A mortalitást az alkoholfogyasztás mértéke egyébként sem magyarázza teljeskörűen, figyelembe kell venni az alkohol minőségét és a fogyasztás módját (Neufeld mtsai, 2017). A gyors lerészegedéshez vezető rohamivás (angol kifejezéssel *binge drinking*) vagy a jellemzően Oroszországban előforduló *zapoj* (a részegség napokon át történő fenntartása rendkívüli mennyiségű alkohol folyamatos fogyasztásával) során elfogyasztott italmennyiség erősebben befolyásolja a halálozási statisztikákat, mint a kevésbé szélsőséges módon történő alkoholfogyasztás. Ugyanígy a házilag készített magas alkoholtartalmú szeszek minősége is visszatükröződik az egészségügyi adatokban: a magas etanolkoncentrációjú, rossz minőségű, pancsolt italok gyakrabban vezetnek betegségekhez, esetleg halálhoz, mint a jobban elkészített szeszek – márpedig az orosz házi készítésű alkoholok *(samogon)* meglehetősen változatosak ebben a tekintetben.

Éppen ezért előfordulnak olyan vizsgálatok is, amelyek a nem regisztrált alkoholok kémiai és toxikológiai elemzésére irányulnak (Lachenmeier és mtsai, 2011). Az alkoholkoncentráció mellett ugyanis lényeges kérdés, hogy ezek a szeszek mennyiben tesznek eleget az élelmiszerbiztonsági előírásoknak és ajánlásoknak, például tartalmaznak-e az idegrendszert súlyosan károsító metanolt. Európában az egyik legjelentősebb vizsgálat a 2009-ben indított AMPHORA volt, aminek keretében a kereskedelmi forgalmon kívüli italok mintáit elemezték laborvizsgálatok során.[9]

Kanadai tapasztalatok szerint a rendelkezésre álló adatok inkább annak megbecslésére alkalmasak, hogy mennyiben helyettesítik a fogyasztók a szokványos módon elérhető szeszes italokat nem regisztrált alkoholokkal, mintsem a hivatalos és nem hivatalos szeszesital-források együttes forgalmának mérésére (Macdonald és mtsai, 1999). A hatósági alkoholértékesítési adatok csökkenésekor ugyanis rendszerint növekszik a hivatalok számára láthatat-

[9] A kutatás egyik fő eredménye, hogy bár az illegális termékekben több mérgező vegyület a határértékeket meghaladó koncentrációban volt kimutatható, az italok egészségkárosító hatása döntően az etanolnak tulajdonítható (Anderson és mtsai, 2013).

lan forrásokból származó italok forgalma. Erre például az otthoni szeszfőzéshez szükséges termékek – a főzéskor, lepárláskor használt berendezések és az olyan alapanyagok, mint a cukor és a szőlő, esetleg maláta – eladási statisztikáiból lehet következtetni, miközben a kérdőíves adatfelvételek kevésbé alkalmasak a hasonló tendenciák kimutatására – a társadalomkutatók a leginkább érintett csoportokat csak kevéssé érik el, az alkoholfogyasztók pedig, hogy hajlamosak a válaszaikat a társadalmi elvárásokhoz igazítani a valóság helyett, illetve gyakran nem is tudnak pontosan beszámolni az általuk fogyasztott alkohol-mennyiségről.

Azon országok példái is tanulságosak lehetnek a nem regisztrált alkoholos italok fogyasztásával kapcsolatos becsléseket tekintve, ahol egyébként azok jelentősége marginális. Hollandiában például szakértői becslések szerint e termékek az alkoholfogyasztás legfeljebb mindössze 3–5 százalékát teszik ki, vagyis a hivatalos értékesítési statisztikák nagyjából a valós helyzetet közelítik (Lemmens, 2000). Minderre jórészt az ország sok szempontból különleges helyzete alapján lehet következtetni az empirikus megfigyelések helyett: a magas népsűrűség miatt a nagyüzemi illegális szeszfőzéssel való lebukás kockázata magas, illetve a házi alkoholkészítés lehetőségei meglehetősen korlátozottak (1), az illegális úton előállított termékeket jobban megéri átcsempészni például Belgiumba (2), miközben a legális módon előállított alkoholos italok mennyisége az 1980-as és az 1990-es évek között megduplázódott az országban, a fogyasztási kedv ugyanakkor mérséklődött (3), és vélhetően a külföldön megvásárolt italok behozatala sem lehet jelentős mértékű, a környező nyugat-európai országokhoz képest ugyanis nem tekinthetők magasnak a helyi adóterhek (4).

Érdemes továbbá az alkoholfogyasztás szempontjából különleges helyzetben lévő skandináv országok példáit is figyelembe venni, ahol hagyományosan jelentős adóterhek rakódnak a szeszes italok árára, illetve – Dániát kivéve – azok beszerzési lehetőségei is az állam által erősen korlátozottak. A skandináv államokban az európai közös piacra történő belépéssel a kemény belföldi szabályozás viszonylag könnyen és kockázatmentesen vált megkerülhetővé a külföldről legális módon megvásárolt és onnan behozott szeszes italok fogyasztásával (Nordlund–Österberg, 2000). A nem regisztrált szeszesital-forgalom megfigyelése Észak-Európában a szigorú szabályok betartatása mellett a piaci folyamatok megértése és az utóbbi időszakban az alkoholfogyasztással kapcsolatos attitűd megváltozása miatt is fontos.

Finnország esetében például öt alapvető adatforrásra érdemes támaszkodni a nem regisztrált alkoholfogyasztás vizsgálatakor: a jelenséghez kapcsolódó hivatalos statisztikák, mint például a leggyengébb sörök előállításával kapcso-

latos adatok, illetve a vonatkozó bűnügyekkel (csempészet, ittasan elkövetett bűncselekmények) és külföldi utazásokkal kapcsolatos információk (1); az italok otthoni előállításához szükséges alapanyagok (például a malátakészítmények és az élesztő) kereskedelmi és termelési statisztikái (2); szakértői becslések, amelyeket leginkább az otthoni főzéshez szükséges berendezéseket árusító kereskedők és a területen jártas rendőrök, fináncok tehetnek meg (3); végül pedig a megfigyeléseken (4) és a kérdőíveken, illetve interjúkon alapuló adatgyűjtések (5) segíthetik a kutatókat[10] (Österberg 2000). A két utóbbi, az empirikus szociológia eszköztárára alapuló adatfelvételeknek jelentős hagyománya van az országban, a tapasztalatok szerint azonban – hasonlóan a többi adatforráshoz, ideértve a hivatalos alkoholforgalmi statisztikákat is – csak a jelenség egy bizonyos szeletéről gyűjthetők kellő érvényességű és megbízhatóságú információk. Például az interjús vizsgálatok során leginkább az olyan törvényes és jellegzetes alkoholkészítési és -fogyasztási szokásokról lehet adatot felvenni, mint az otthoni sör- és borkészítés vagy a külföldi alkoholvásárlás, míg az olyan helyettesítő termékek fogyasztásával kapcsolatban, mint az alkoholtartalmú gyógyszerek vagy kozmetikumok, leginkább a legsúlyosabb alkoholistákkal foglalkozó szociális szakemberek tudnak információt nyújtani.

Azon országok tapasztalatai is lényegesek, ahol bizonyos közkedvelt italokra, például a borra, nem rakódik adó. Spanyolország is ebbe a körbe tartozik, ahol az adóhatóság legális szeszforgalomra vonatkozó adatai nem vonatkoznak a borfogyasztásra. E termékkategóriával kapcsolatban egy hivatalos, azonban önbevallásos adatfelvétel során gyűjtött információk állnak csak a kutatók rendelkezésére (Sordo és mtsai, 2016), szemben más országok gyakorlatával. Ezek az adatok pedig a gyűjtés módszertanából fakadóan vélhetően a tényleges borfogyasztást alulról közelítik. Természetesen e torzítás kiigazítására is tehetők erőfeszítések, például a bor kínálatára vonatkozó adatok figyelembevételével.

Egységes gyakorlat tehát a nem regisztrált alkoholfogyasztás mérését tekintve aligha alakulhatott ki, igaz, olyan nemzetközi szervezetek, mint például a WHO, igyekeznek nemzetközileg összehasonlítható adatokat előállítani a kérdéskörrel kapcsolatban. Az egyes országok, illetve kutatócsoportok azonban jellemzően alkalmi méréseket végeznek, különböző módszereket követve, amelyek változatos becslésekre vezetnek, ráadásul gyakran csak a problémakör egy-egy szeletét érintik (például a hivatalosan nem szeszes italként kezelt, de alkoholt mégis tartalmazó italok, a nem emberi fogyasztásra készített alkoholtartalmú termékek, az otthon készített vagy csempészett

[10] A becslések szerint Finnországban 14 és 24 százalék között mozgott (növekvő tendenciát mutatva) a nem regisztrált szeszes italok aránya az összes alkoholfogyasztáson belül az elfogyasztott tiszta alkohol mennyiségét figyelembe véve 1990 és 1998 között.

szeszek, illetve a külföldön vagy a duty-free boltokban legálisan megvásárolt termékek elterjedtsége). Igaz, van néhány kivétel (Norström, 1998) – például Svédországban évtizedek óta működik egy államilag szabályozott értékelőrendszer, aminek célja a nem regisztrált alkoholfogyasztás mérése, és Finnországban is viszonylag rendszeresen készültek becslések a jelenséggel kapcsolatban (Österberg, 2000).

A fentebb ismertetett eljárások és a hozzájuk kapcsolódó problémák áttekintésével mindenesetre még inkább nyilvánvalóvá válik, hogy az alkoholfogyasztási adatok szisztematikus térbeli és időbeli összevetése esetén mennyire fontos megismerni és figyelembe venni a becslések módszertani hátterét, és tisztázni, hogy a becslések valóban összehasonlíthatók-e egymással. Léteznek ugyanis viszonylag könnyen értelmezhető rendszeres becslések, mint például a WHO-é, amelyek az egyszerű nemzetközi összehasonlítás lehetőségével is kecsegtetnek, az eseti, szigetszerűbb felmérések esetei azonban jól szemléltetik, hogy még egymáshoz viszonylag közel eső országok eseteiben is milyen élesen térnek el a nem regisztrált alkoholfogyasztás okai, körülményei és következményei.

## HIVATKOZÁSOK

Anderson, P. – Braddick, F. – Reynolds, J. – Gual, A. (eds.) (2013). *Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. http://amphoraproject.net/view.php?id_cont=45

Delbecq, A. L. – Van de Ven, A. H. – Gustafson, D. (1975). *Group Techniques for Program Planning; a guide to nominal group and Delphi processes*. Scott Foresman and Company.

Elekes Zs. (2011). *Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek*. Budapesti Corvinus Egyetem. http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/4335/1/646653.pdf

Finnish Institute for Health and Welfare (é. n.). *Drinking Habits Survey.*

IARD. (2015). *Unrecorded Alcohol*. http://www.iard.org/wp-content/uploads/2016/01/PR-Unrecorded.pdf

Lachenmeier, D. W. – Schoeberl, K. – Kanteres, F. – Kuballa, T. – Sohnius, E. M.,– Rehm, J. (2011). Is contaminated unrecorded alcohol a health problem in the European Union? A review of existing and methodological outline for future studies. *Addiction*, 106 (Suppl. 1), 20–30. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03322.x

Lachenmeier, D. W. – Walch, S. G. (2018). Commentary on Probst et al. (2018): Unrecorded alcohol use – an underestimated global phenomenon. *Addiction*, 113 (7), 1242–1243. https://doi.org/10.1111/add.14195

Leifman, H. (2001). Estimations of unrecorded alcohol consumption levels and trends in 14 European countries. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 18, 54–70. https://doi.org/10.1177/145507250101801s05

Lemmens, P. H. (2000). Unrecorded Alcohol Consumption in the Netherlands: Legal, Semi-Legal and Illegal Production and Trade in Alcoholic Beverages. *Contemporary Drug Problems*, 27 (2), 301–313. https://doi.org/10.1177/009145090002700206

Macdonald, S. – Wells, S. – Giesbrecht, N. (1999). Unrecorded alcohol consumption in Ontario, Canada: Estimation procedures and research implications. *Drug and Alcohol Review*, 18 (1), 21–29. https://doi.org/10.1080/09595239996725

Manthey, J. – Probst, C. – Kilian, C. – Moskalewicz, J. – Sierosławski, J. – Karlsson, T. – Rehm, J. (2020). Unrecorded Alcohol Consumption in Seven European Union Countries. *European Addiction Research*, 26 (6), 316–325. https://doi.org/10.1159/000506333

Neufeld, M. – Rehm, J. (2018). Effectiveness of policy changes to reduce harm from unrecorded alcohol in Russia between 2005 and now. *International Journal of Drug Policy*, 51, 1–9. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.09.006

Neufeld, M. – Wittchen, H. U. – Rehm, J. (2017). Drinking patterns and harm of unrecorded alcohol in Russia: a qualitative interview study. *Addiction Research and Theory*, 25 (4), 310–317. https://doi.org/10.1080/16066359.2016.1274736

Nordlund, S. – Österberg, E. (2000). Unrecorded alcohol consumption: its economics and its effects on alcohol control in the Nordic countries. *Addiction*, 95 (12), 551–564. https://doi.org/10.1080/09652140020013773

Norström, T. (1998). Estimating changes in unrecorded alcohol consumption in Norway using indicators of harm. *Addiction*, 93 (10), 1531–1538. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.931015319.x

Österberg, E. (2000). Unrecorded Alcohol Consumption in Finland in the 1990s. *Contemporary Drug Problems*, 27(2), 271–299. https://doi.org/10.1177/009145090002700205

Probst, C. – Fleischmann, A. – Gmel, G. – Poznyak, V. – Rekve, D. – Riley, L. – Rylett, M. – Shield, K. D. – Rehm, J. (2019). The global proportion and volume of unrecorded alcohol in 2015. *Journal of Global Health*, 9 (1), 1–10. https://doi.org/10.7189/jogh.09.010421

Probst, C. – Manthey, J. – Merey, A. – Rylett, M. – Rehm, J. (2018). Unrecorded alcohol use: a global modelling study based on nominal group assessments and survey data. *Addiction*, 113 (7), 1231–1241. https://doi.org/10.1111/add.14173

Razvodovsky, Y. E. (2010). Unrecorded alcohol consumption: Quantitative methods of estimation. *Alcoholism*, 46 (1), 15–24.

Rehm, J. – Gmel, G. – Hasan, O. S. M. – Imtiaz, S. – Popova, S. – Probst, C. – Roerecke, M. – Room, R. – Samokhvalov, A. V. – Shield, K. D. – Shuper, P. A. (2017).

The contribution of unrecorded alcohol to health harm. *Addiction*, 112 (9), 1687–1688. https://doi.org/10.1111/add.13865

Rehm, J. – Larsen, E. – Lewis-Laietmark, C. – Gheorghe, P. – Poznyak, V. – Rekve, D. – Fleischmann, A. (2016). Estimation of Unrecorded Alcohol Consumption in Low-, Middle-, and High-Income Economies for 2010. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *40*(6), 1283–1289. https://doi.org/10.1111/acer.13067

Rehm, J. – Mathers, C. – Popova, S. – Thavorncharoensap, M. – Teerawattananon, Y. – Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373 (9682), 2223–2233. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60746-7

Solodun, Y. V. – Monakhova, Y. B. – Kuballa, T. – Samokhvalov, A. V. – Rehm, J. – Lachenmeier, D. W. (2011). Unrecorded alcohol consumption in Russia: Toxic denaturants and disinfectants pose additional risks. *Interdisciplinary Toxicology*, 4 (4), 198–205. https://doi.org/10.2478/v10102-011-0030-x

Sordo, L. – Barrio, G. – Bravo, M. J. – Villalbí, J. R. – Espelt, A. – Neira, M. – Regidor, E. (2016). Estimating average alcohol consumption in the population using multiple sources: The case of Spain. *Population Health Metrics*, 14 (1), 1–13. https://doi.org/10.1186/s12963-016-0090-4

Thamarangsi, T. (2013). Unrecorded alcohol: Significant neglected challenges. *Addiction*, 108 (12), 2048–2050. https://doi.org/10.1111/add.12300

Trolldal, B. (2001). Alcohol sales figures in 15 European countries: corrected for consumption abroad and tax-free purchases. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 18 (1. suppl.), 71–81. https://doi.org/10.1177/145507250101801s02

World Health Organisation (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. https://doi.org//entity/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html

World Health Organization (é. n.). *STEPS conceptual framework*. https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/framework/en/

World Health Organization (1999). *Global Status Report On Alcohol*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/substance-use/globalalcohol-overview.pdf?sfvrsn=15c1df65_2&download=true

World Health Organization (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931_eng.pdf

World Health Organization (2018). Global status report on alcohol and health 2018. In *Global status report on alcohol* (Vol. 65, Issue 1). https://doi.org/10.1037/cou0000248

# 4. AZ ALKOHOLTERMÉKEK MAGÁNSZEMÉLYEK ÁLTAL TÖRTÉNŐ HAZAI ELŐÁLLÍTÁSA

Erdős Ákos

## 4.1. BEVEZETÉS

A jogi értelemben vett alkoholtermékek előállítása, vagyis a szeszfőzés őstörténetével kapcsolatos ismereteink kissé homályosak, de egyes feltételezések szerint az alkohol desztillálásának a tudománya már az ókori Kínában ismert volt (Fairley, 1907; Lyons, 2003). Más források szerint a szeszfőzés az ókori Indiában kezdődött az i. e. 12. században, és innen terjedt el Kínába (Marton, 2002). Az alkoholpárlás európai megjelenését illetően szintén nem született még tudományos konszenzus. Egyesek szerint a lepárlás folyamatairól szóló ismeretek már i. e. 350 körül eljutottak a kontinensre, hiszen a technológiára vonatkozó utalások Arisztotelész és a római költő Ovidius írásaiban is szerepelnek (Owens–Dikty, 2009). Noha a technológiát valószínűleg a korai alkimisták is jól ismerték (Moran, 2005), többen úgy vélik, hogy az alkoholdesztilláció csak később, valamikor az i. sz. 8. század után terjedt el Európában (Harcsa, Nábrádi–Tar, 2014). A történeti evidenciák alapján az ugyanakkor bizonyosnak mondható, hogy az i. sz. 12. században már működtek szeszfőzdék a kontinensünkön is (Balázs, 1998; Wilson, 1993). Magyarországon az égetett szeszek előállításának története nagyjából a 14. század legelejére tehető (Balázs, 2008; Békési–Csarnai, 2010; Marton, 2007). A szeszfőzés története – miként az alkoholfogyasztásé (lásd Kmoskó, 1911) – szorosan összekapcsolódik annak jogi szabályozásával is. Az alkoholos italok előállítását, illetve eladását érintő adójogi szabályok már a középkorban is ismertek voltak, s az ebből befolyó pénzeszközök a központi hatalom meghatározó bevételi forrását jelentették (Deconinck és mtsai, 2016; Mokyr–Nye, 2007; Nye, 2007). Kezdetben az államok főként sör- és boradót vetettek ki, de a kereskedelmi piac bővülésével a 17. századtól az adójogi szabályokat egyre inkább kiterjesztették az égetett szeszek előállítására is (Cockx–Meloni–Swinnen, 2021). Magyarországon a 15. századtól kezdve a szeszfőzés először földesúri kiváltság volt. A 18–19. század során pedig az alkohol központilag szabályozott, állami monopóliummá vált (Potoczki, 2018).

A különféle alkoholos italok (sör, bor, pezsgő, égetett szesz stb.) előállítását és forgalmazását ma is szigorú szabályok keretezik. Napjainkban az alkoho-

los italok állami monopóliuma részben a jövedéki törvénynek[1] a gyártásra, értékesítésre vonatkozó szigorú előírásain, részben pedig az e termékeket terhelő jövedéki adófizetési kötelezettségen keresztül válik kifejezetté. A jövedéki adó fajtáját tekintve úgynevezett fogyasztási típusú adó (Simon, 2007), vagyis minél többet fogyaszt valaki az adóvonzatos termékből, annál nagyobb összegű adófizetési kötelezettség terheli. Ebből kifolyólag az alkoholos italokat (is) terhelő jövedéki adó kettős természetű abban az értelemben, hogy egyrészt fiskális célokat szolgál, hiszen a központi költségvetés számára több mint ezermilliárdos bevételt képez minden évben. A jövedéki adó ezért jól tervezhető, az állam stabil bevételeihez tartozik (Erdélyi, Fehér–Jakovác, 2021). Az alkoholfogyasztás vagy a dohányzás esetében a jövedéki adó másik, közegészségügyi célja az egészségkárosító szerhasználat negatív extern hatásának internalizálása: a jogalkotó a többletköltséggel tulajdonképp „megbünteti" a negatív externália okozóját, ezzel kisebb fogyasztásra ösztönözve őt (Fenyvesi–Kajári, 2016).

Bizonyos körülmények azonban a közegészségügyi és a fiskális szempontok érvényesülését felülírhatják, amelynek következtében az állam részben vagy egészében egyes termékeket mentesíthet a jövedéki adók terhe alól. Tipikus hazai példa erre a magánszemélyek által előállított vagy főzetett alkoholtermékek (párlat). Magyarországon ugyanis a nemes és vad gyümölcsből készült magas alkoholtartalmú égetett szesz (párlat) fogyasztásának és készítésének sajátos nemzeti hagyományai vannak, ezért a jogalkotó korábban és most is lehetőséget ad az állampolgároknak arra, hogy korlátozott mennyiségben saját alapanyagból párlatot állítsanak, illetve állíttassanak elő (Kopcsay, 2008). A hazai gyümölcsből desztillált alkoholtermék nemzeti súlyát jól mutatja, hogy 2008-ban először hungarikummá (Sebestyén, 2016), majd 2010-től adómentes termékké lépett elő. Ez utóbbi változtatást a kormányzó politikai hatalom azzal indokolta, hogy „a javaslat a vidéki emberek értékteremtő, értékmentő tevékenységét ésszerűtlenül korlátozó szabályokat kívánja eltörölni, a hagyományokat semmibe vevő korlátokat eltávolítani".[2]

A magánszemélyek számára adómentesen biztosított jogosítvány a gyümölcspárlat közvetett vagy közvetlen előállítására jelentékeny módon befolyásolja az ország népességének egy főre eső alkoholfogyasztását, illetve az alkoholfogyasztás mértékének becslését. Az így előállított alkoholtermékek ugyanis nem kerülnek be a kereskedelmi körforgásba, ezáltal nem szerepelnek a kiskereskedelmi forgalomról szóló statisztikai adatállományban sem. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) legújabb becslése szerint ugyanakkor az adózat-

[1] 2016. évi LXVIII. törvény, a jövedéki adóról (Jöt.).

[2] V. Németh Zsolt felszólalása a T/581 Egyes gazdasági és pénzügyi tárgyú törvények megalkotásáról, illetve módosításáról szóló törvényjavaslat vitájában. 2010. 07. 07.

lan, állami felügyelet vagy regisztráció nélkül készített vagy beszerzett (nem regisztrált) alkoholos termékek (pl. otthoni előállítás, csempészet stb.) adják a világ alkoholfogyasztásának 25%-át (WHO, 2022).

### 4.1.1. Célkitűzések, definíciók

E fejezetben a magánszemélyek által közvetve vagy közvetlenül történő (bérfőzött és magánfőzött) alkoholtermékek hazai előállításával, az elmúlt években e területen megfigyelhető tendenciákkal, valamint a törvényességi felügyeletet ellátó hatóság kapcsolódó tapasztalataival foglalkozunk, főként területi (megyei) változók szerint. Noha Magyarországon jelenleg háztartásonként 1000 liter mennyiségig az állampolgárok jogosultak saját fogyasztás céljából sört és bort is adómentesen előállítani (Jöt. 133. §), a következőkben csak a bérfőzés és magánfőzés keretében gyártott alkoholtermékekre (azon belül is a gyümölcspárlatra) fókuszálunk.

Mindenekelőtt azonban fontos feloldani néhány szakterminológiai eredetű ellentmondást. Először is hangsúlyozni kívánjuk, hogy a fejezet címében is szereplő „alkoholtermékek", illetve az „alkoholos termékek" nem azonos dolgokat jelölnek. Annak ellenére, hogy bizonyos termékek, mint a sör, a bor vagy akár a pezsgő, de facto etanolt tartalmaznak – vagyis tulajdonképpen alkoholos (alkoholtartalmú) termékeknek nevezhetjük őket –, jövedékiadó-jogi értelemben nem minősülnek alkoholterméknek. Ez utóbbi körbe ugyanis jellemzően csak a 22 térfogatszázalékot (tf%)[3] meghaladó alkoholtartalmú égetett szeszek tartoznak (Potoczki, 2021). Fontos kiemelni azt is, hogy a magánszemélyek számára adómentesen biztosított alkoholtermék-előállítás ennél is szűkebb termékkörre, csakis a gyümölcspárlatra terjed ki. A párlat erjesztett növényi részek érlelése és lepárlása útján készült, jellegzetes aromájú, magas alkohol tartalmú ital. A feldolgozott alapanyagtól függően párlat készülhet szőlőtörkölyből, gyümölcstörkölyből vagy gyümölcsből (Borbély, 2017). A köznyelvben a gyümölcspárlatokat gyakran nevezzük pálinkának. A teljesség kedvéért megjegyezzük, hogy a pálinka – szigorú értelemben véve – nem teljesen azonos a párlat fogalmával. A két kifejezés közötti különbség legegyszerűbben akként ragadható meg, hogy míg magánfőzés és bérfőzés esetén az előállított végterméket párlatnak, addig a kereskedelmi szeszfőzde által készített terméket pálinkának nevezzük (Harcsa, 2017).

[3] A térfogatszázalék (tf%) azt mutatja meg, hogy 100 $cm^3$ oldatban hány $cm^3$ oldott anyag található. A fenti definíció szerint alkoholtermékekről akkor beszélhetünk, ha 100 $cm^3$ oldatban 22 $cm^3$-nél több alkohol található.

Magyarországon jelenleg két legális módja ismert a magánszemélyek által – közvetve vagy közvetlenül történő – párlat előállításának:

1. bérfőzés
2. magánfőzés.

1. Bérfőzésről akkor beszélünk, amikor a 18. életévét betöltött gyümölcstermesztő személy a tulajdonában álló gyümölcsből, illetve gyümölcsből származó alapanyagból (gyümölcscefre) egy adóraktárban történik a párlat előállítása. Jogszabályi meghatározás szerint az adóraktár egy fizikailag körülhatárolt, egy technológiai egységet képező üzem, amely megfelel a jövedéki törvényben meghatározott feltételeknek, és ahol külön engedély (adóraktári engedély) birtokában adófizetés felfüggesztése mellett jövedéki termék előállítása, tárolása, felhasználása, feladása, átvétele zajlik. Köznapi értelemben a bérfőzetést nevezzük pálinkafőzetésnek, a bérfőzést végző adóraktárt pedig pálinkafőzdének.

A bérfőzés jogintézményének lényege, hogy ahhoz egy jogszabályban meghatározott mértékig rendkívül kedvezményes (0 forint) adófizetési kötelezettség kötődik (Jöt. 132. §). Bérfőzés keretében a háztartások elviekben bármennyi párlatot előállíttathatnak, azonban a kedvezményes adómérték legfeljebb 50 liter (0,43 hl tiszta szeszt tartalmazó, azaz 86 tf%-os) párlat mennyiségéig vehetik igénybe.

2. Magánfőzésről ezzel szemben akkor beszélhetünk, ha a 18. életévét betöltött gyümölcstermesztő személy a tulajdonában álló gyümölcsből, illetve gyümölcsből származó alapanyagból saját (több tulajdonostárs magánfőző esetén valamely tulajdonostárs) lakóhelyén vagy gyümölcsöse helyén, legfeljebb 100 liter űrtartalmú, párlat-előállítás céljára kialakított desztillálóberendezéssel állít elő párlatot. Köznapi értelemben ezt nevezzük otthoni pálinkafőzésnek.

A magánfőzés jogintézményének lényege, hogy háztartásonként 86 liter 42 tf%-os tényleges alkoholtartalmú párlat mennyiségéig adómentesen lehet az alkoholterméket előállítani (Jöt. 132. §). A magánszemélyek által közvetlenül történő alkoholtermék-előállítás 2021 óta ismételten adómentes, de ezt megelőzően is csak egy jelképesnek mondható adófizetési kötelezettség terhelte (Bacsinszki–Varga, 2019). 2021 előtt a 86 liter párlat lefőzéséhez a magánfőzőnek literenként párlat-adójegyet kellett vásárolnia, amely 700 forint értéket képviselt.

#### 4.1.2. Adatok

A jövedéki adóztatással, a jövedéki termékek – így köztük az alkoholtermékek – regisztrálásával, ellenőrzésével kapcsolatos igazgatási feladatok Magyarországon a Nemzeti Adó- és Vámhivatal (NAV) mint országos adó- és vám-

hatóság jövedéki igazgatási jogkörébe tartozik. Ezt figyelembe véve 2020-ban adatigényléssel fordultunk a NAV jövedéki szakterületének felügyeletét ellátó szervezeti egységhez (NAV Jövedéki Főosztály). A hatóság megkeresése elsősorban a legális bérfőzésre és magánfőzésre, valamint a jogsértő cselekmények adatainak kiadására irányult. A hatóság 2002 és 2020 közötti időszak vonatkozásában rendelkezett bizonyos adatokkal, amelyeknél a 2019. és 2020. év adatállománya – a teljes feldolgozottság hiányában – nem tekinthető teljesnek. Más adatok esetében a regisztrált időszak a fentieknél szűkebb volt. A népességi adatokat illetően a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatállományára támaszkodtunk (KSH, 2022). A bérfőzés és a magánfőzés keretében előállított gyümölcspárlat egy főre eső mennyiségének számításait a következők szerint végeztük:

$$\text{egy főre jutó párlat mennyisége} = \frac{\text{bérfőzött/magánfőzött párlat}}{\text{lakónépesség száma}}$$

## 4.2. MAGÁNSZEMÉLYEK ÁLTAL KÖZVETETT ÉS KÖZVETLEN MÓDON TÖRTÉNŐ JOGSZERŰ ALKOHOLTERMÉK-ELŐÁLLÍTÁS ALAKULÁSA

### 4.2.1. Bérfőzésre vonatkozó hazai adatok

A NAV adatai szerint az elmúlt több mint másfél évtizedben[4] országos szinten évente átlagosan 5 892 672 hektoliterfok (hlf)[5] párlat került kiadásra a bérfőzetők részére. A legtöbb bérfőzött párlat 2014-ben (9 483 050 hlf), míg a legkevesebb – mintegy 4 183 929 hlf – 2019-ben került a bérfőzetést végző háztartásokhoz.

2002 és 2019 között a legnagyobb mennyiségű bérfőzetés Borsod-Abaúj-Zemplén (BAZ) megyében történt. A vizsgált időszakban a BAZ megyei bérfőzést végző szeszfőzdék összesen 19 546 814 hlf párlatot adtak ki a főzetők részére. Mindez tehát azt jelenti, hogy a tárgyidőszakban az országos szinten előállított bérfőzött párlat teljes mennyiségének 18,42%-át BAZ megyében állították elő. Az egy megyei lakosra jutó bérfőzött párlat mennyisége 2002 és

[4] 2002 és 2019 közötti időszak rögzített adatai alapján.

[5] A hektoliterfok az alkoholtartalmú termékek alkoholtartalmának kifejezésére használt mértékegység. Egy hektoliterfok mennyiségű párlatban 1 liter 100 tf%-os etanol található. Vagyis 1 liter 50% alkoholtartalmú termék = 0,5 hlf és 1 hlf = 1 liter 100%-os alkoholtartalmú termék.

2019 között átlagosan 1,56 hlf volt (SD=0,49). A második legtöbb mennyiségű bérfőzött párlat kiadására Hajdú-Bihar megyében került sor (11 837 002 hlf), ahol az egy főre jutó bérfőzött párlat mennyisége átlagosan 1,21 hlf (SD=0,32). A harmadik helyen pedig Szabolcs-Szatmár-Bereg (SZSZB) megye helyezkedik el, ahol a tizenhét év alatt összesen 10 217 618 hlf bérfőzött párlat került kiadásra a főzetők részére, és az egy főre jutó párlat átlagos mennyisége 0,99 hlf (SD=0,40) volt.

A legkevesebb mennyiségű bérfőzött párlat Zala megyében került kiadásra, ahol a szeszfőzdék 2002 és 2019 között mindösszesen 915 591 hlf mennyiséget adtak ki a főzetőknek. Zala megyében az egy lakosra jutó bérfőzött párlat átlagos mennyisége mindössze 0,17 hlf (SD=0,05) volt a vizsgált időszakban, amely messze elmarad a BAZ megyében regisztrált adatoktól. A második legkevesebb bérfőzést regisztráló megye Győr-Moson-Sopron (GYMS) megye, ahol ebben az időszakban összesen 2 008 256 hlf bérfőzött párlat készült. A harmadik helyen álló Veszprém megyében pedig 2 158 676 hlf bérfőzött párlat került a háztartásokba 2002 és 2019 között. Ez utóbbi két megyében az egy lakosra jutó bérfőzött párlat átlagos mennyisége 0,43 hlf (SD=0,13), illetve 0,33 hlf (SD=0,07) volt.

A bérfőzött párlat mennyiségének kézzelfoghatóbb, hétköznapibb kifejezése érdekében a bérfőzetők részére kiadott párlatot meghatározhatjuk literben is. A bérfőzött párlat literben történő kifejezésekor 42 tf% alkoholtartalommal számoltunk – igazodva a magánfőzés esetében a jogszabály által alkalmazott tényleges alkoholtartalomhoz.[6]

Literben kifejezett 42 tf% alkoholtartalmú párlattal számolva 2002 és 2020 februárja között mintegy 252,788 millió liter bérfőzött párlat került legálisan forgalomba (2002 és 2019 között: 252,543 millió liter). BAZ megyében 2002 és 2019 között összesen 46,540 millió liter 42 tf%-os alkoholterméknek megfelelő bérfőzött párlat került a lakossághoz. Ebben a megyében 2002 és 2019 között a bérfőzetők évente átlagosan 2,585 millió liter 42 tf%-os párlatot főzettek ($Min_{2007}$: 1 556 518 liter; $Max_{2013}$: 4 099 263 liter). Az egy megyei lakosra jutó átlagos bérfőzött párlat 42 tf%-os alkoholtermékben kifejezve évente 3,71 liter volt BAZ megyében. Hajdú-Bihar megyében 2002 és 2020 februárja

[6] Kiemelendő, hogy ez az átszámítás csak a mennyiségek nagyságrendbeli kifejezésére alkalmas. A 42 tf%-os alkoholtartalmú, literben kifejezett párlat mennyisége tehát nem azonos a tárgyidőszakban ténylegesen kiadott bérfőzött párlat mennyiségével. A bérfőzetők ugyanis kérhetik, hogy a bérfőzést végző szeszfőzde 42 tf%-nál alacsonyabb vagy éppen magasabb alkoholtartalommal állítsa be a párlatot. Vagyis a literben kifejezett tényleges mennyiség – az alkoholtartalom függvényében – a 42 tf%-os alkoholtartalommal bíró, literben kifejezett mennyiségtől lehet több vagy akár kevesebb is.

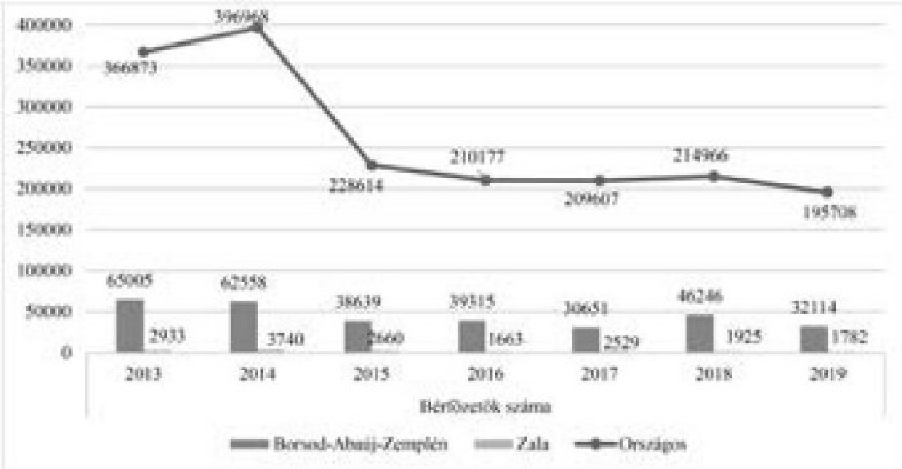
között 28,226 millió liter 42 tf%-os alkoholtartalmú párlatnak megfelelő termék került a háztartásokba (2002 és 2019 között: 28,183 millió liter). SZSZB megyében ugyanezekkel az adatokkal számolva 2002 és 2020 februárja között 24,369 millió liter, míg 2002 és 2019 között összesen 24,327 millió liter 42 tf%-os alkoholtartalmú párlatnak megfelelő mennyiségű gyümölcsszesz került előállításra és kiadásra a háztartások részére. Az egy lakosra jutó 42 tf%-os alkoholban kifejezett gyümölcspárlat átlagos mennyisége 2002 és 2019 között Hajdú-Bihar megyében 2,88 liter, SZSZB megyében pedig 2,35 liter volt.

2002 és 2020 februárja között a legkevesebb bérfőzött párlat kiadása Zala megyében történt, ahol 42 tf%-os párlatra átszámítva összesen 2,182 millió liter bérfőzött párlatot állítottak elő a szeszfőzdék (2002 és 2019 között: 2,179 millió liter). 2002 és 2019 között évente átlagosan 121 110 liter 42 tf%-os alkoholtartalmú párlatnak megfelelő bérfőzött gyümölcspárlat került kiadásra Zala megyében ($Min_{2016}$: 62 755 liter; $Max_{2003}$: 187 604 liter). GYMS megyében ugyanebben az időszakban összesen 4,787 millió liter (2002 és 2019 között: 4,781 millió liter), Veszprém megyében pedig 5,146 millió liter (2002 és 2019 között: 5,139 millió liter) 42 tf%-os alkoholtartalmú párlatnak megfelelő mennyiségű gyümölcsszesz készült a megyében üzemelő szeszfőzdékben.

A bérfőzésben előállított párlat mennyiségének vizsgálata során mindenképp hangsúlyozandó, hogy a különböző megyékben egymástól jelentősen eltért a bérfőzetők száma is. A NAV adatai szerint 2013 és 2019 között a legtöbb bérfőzetőt BAZ megyében regisztrálták: az összes magyarországi bérfőzetőnek a 17,25%-a ebben a megyében végeztetett bérfőzetést (összesen: 314 528 főzető). Ugyanebben az időszakban a legkevesebb bérfőzető Zala megyében volt: 2013 és 2019 között csak 17 232 bérfőzetőt regisztráltak, ami az összes magyarországi bérfőzetőnek mindössze a 0,94%-át teszi ki (4.1. ábra, lásd a következő oldalon).

2014 és 2015 között jelentős változás figyelhető meg a bérfőzetők számának alakulásában. Országos viszonylatban 2015-re a bérfőzetők száma az előző évhez képest 42,4%-kal csökkent, miközben az országosan előállított bérfőzött párlat mennyisége 49,4%-kal lett kevesebb. A legjelentősebb csökkenés Bács-Kiskun megyében figyelhető meg, ahol 2015-ben 55,8%-kal volt kevesebb a bérfőzetők száma 2014-hez képest, és 67,0%-kal kevesebb párlat készült. A legkisebb visszaesés pedig Jász-Nagykun-Szolnok megyében történt. Itt mindössze 25,8%-kal lett kevesebb a bérfőzetők száma, és 28,3%-kal az előállított párlat mennyisége a két év viszonylatában. A 2002 és 2019 között legnagyobb mennyiségű bérfőzött párlatot előállító megyékben (BAZ, SZSZB és Hajdú-Bihar megye) 38,2–51,5%-kal esett vissza a főzetők száma, és 45,1–59,7%-kal lett kevesebb az előállított párlat mennyisége. Azokban a megyék-

**4.1. ábra. Bérfőzetők számának alakulása BAZ és Zala megyében 2013–2019 között (főzető)**




Forrás: a szerző saját szerkesztése a NAV KI JFO adatai alapján

ben viszont, ahol ugyanebben az időszakban a legkisebb kereslet mutatkozott a bérfőzött gyümölcsszesz iránt (GYMS, Veszprém és Zala megye), 2014-hez képest 2015-re mindössze 28,9–39,1%-kal csökkent a bérfőzetők száma, és a szeszfőzdékben előállított párlat mennyisége is csak 34,4–47,7%-kal esett vissza. A bérfőzetők számában, illetve az előállított gyümölcsszesz mennyiségében országosan és megyénként megfigyelhető számottevő csökkenés minden kétséget kizáróan a jövedéki törvény módosításával magyarázható. 2015-től ugyanis megszűnt a bérfőzetőknek járó 0 forintos kedvezményes adómérték, amely 2010. 09. 27.-től volt érvényben. 2015-ben 0-ról 1670 forintra emelkedett a bérfőzött párlat után hektoliterfokonként fizetendő kedvezményes adó mértéke.

A teljesség kedvéért meg kell ugyanakkor jegyezni, hogy miután a háztartások nem feltétlen egy alkalommal főzetik ki a tulajdonukban álló gyümölcscefrét, nem biztos, hogy a bérfőzetők száma megegyezik a bérfőzést végző háztartások számával (a gyakorlati tapasztalatok alapján pedig azt mondhatjuk, hogy biztosan nem). Egy háztartás ugyanis adott évben többször is végeztethet bérfőzést. A különböző gyümölcsöknek az egymástól eltérő érési idejének tükrében a cefrézés és a főzetés egy idényben többször is megvalósulhat. *(A minőségi párlat előállítása ezt a gyakorlatot követeli meg, ugyanis a gyümölcscefre megfelelő körülmények között (pl. tápanyag, víz, hőmérséklet) néhány nap alatt kiforr, s azt követően minél hamarabb kifőzésre kell kerülnie. A tavasszal, kora nyáron beérő gyümölcsök (pl. cseresznye) főzetése tehát már*

*jóval előbb megtörténik, mint a késő ősszel (pl. szőlő, szilva) érő gyümölcsök cefrézése.)* Vagyis több regisztrált bérfőzető – mint jogi kategória – mögött egyazon évben akár ugyanaz a háztartás, illetve természetes személy is lehet.

A bérfőzők számának megyei eloszlásával összefüggésben kiemelendő továbbá, hogy a legtöbb, illetve legkevesebb bérfőzést végző szeszfőzde (telephely) is az említett a két megyében – BAZ és Zala megyében – található. A NAV adatai szerint 2013 és 2020 között BAZ megyében üzemelt a bérfőzést végző szeszfőzdéknek kb. 15%-a, míg a Zala megyében található bérfőzést végző szeszfőzdék az országos telephelyeknek mindössze kb. 1,5%-át adják/adták.[7]

Az adott évben kiadott párlat mennyisége és a bérfőzetők száma alapján meghatározhatjuk, hogy megyénként, illetve országosan (összesen) átlagosan hány hektoliterfok, illetve hány liter 42 tf%-os alkoholtartalmú párlatnak megfelelő bérfőzött gyümölcsszesz került a magyar háztartásokba. 2013 és 2019 között országos átlagban 22,66 hlf gyümölcsszesz került kiadásra egy-egy bérfőzető részére. Amennyiben ezt 42 tf%-os párlatban szeretnénk kifejezni, akkor mindez azt jelenti, hogy a bérfőzetők átlagosan 53,94 liter 42 tf%-os párlatnak megfelelő mennyiségű gyümölcsszeszt vittek haza.

Az átlagosan egy főre jutó bérfőzött párlat mennyiségét megvizsgálva kiderül, hogy 2013 és 2019 között a BAZ megyei bérfőzetők részére kiadott párlat mennyiségével (24,77 hlf) csaknem azonos átlagmennyiség jutott a Hajdú-Bihar megyei (24,75 hlf), a Jász-Nagykun-Szolnok megyei (23,97 hlf), a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei (23,63 hlf) és a Heves megyei (23,11 hlf) bérfőzetőkre is minden évben. Megyei megoszlásban az egy főzetőre jutó átlagos bérfőzött párlat legkevesebb átlagos mennyisége Győr-Moson-Sopron megyében volt (17,14 hlf). A legkevesebb bérfőzetőt és bérfőzést végző szeszfőzdét regisztráló Zala megyében a bérfőzetők részére kiadott átlagos párlat mennyiség ettől valamivel több volt (18,75 hlf) 2013 és 2019 között.

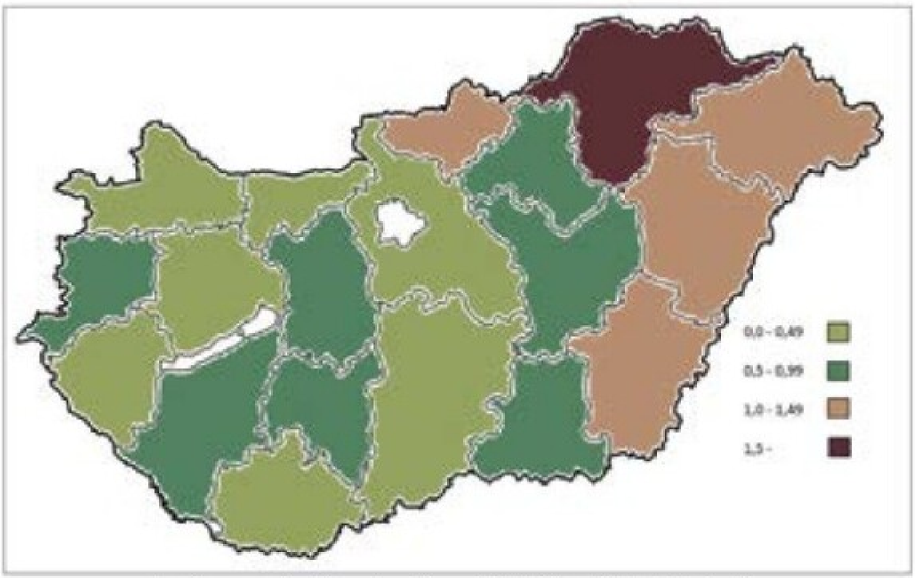
A literben kifejezett mennyiségi adatok alapján megállapítható, hogy 2013 és 2019 között az országban egy bérfőzető átlagosan 53,94 liter 42 tf%-os alkoholtartalmú párlatnak megfelelő gyümölcsszeszt vitt haza. A legmagasabb átlagmennyiséget regisztráló megyékben az egy főzetőnek kiadott párlat átlagos évi mennyisége BAZ megyében 58,97 liter, Hajdú-Bihar megyében 58,94 liter, Jász-Nagykun-Szolnok megyében 57,07 liter, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 56,25 liter, Heves megyében pedig 55,02 liter 42 tf%-os párlatnak megfelelő gyümölcsszesz volt 2013 és 2019 közötti időszakban. Ezzel szemben Győr-Moson-Sopron megyében átlagosan mindössze 40,81 liter, Zala megyé-

[7] A bérfőzetők számát illetően a NAV kizárólag a 2013 és 2020 közötti időszakra biztosított adatokat.

ben pedig 44,64 liter 42 tf%-os alkoholtartalomnak megfelelő párlat került kiadásra a bérfőzetők részére fejenként.

Az eddig bemutatott megyei adatok egyértelműen azt sejtetik, hogy Nyugat-Magyarországhoz viszonyítva az ország keleti felén jelentősen nagyobb mennyiségben készült bérfőzött párlat 2002 és 2019 között. A bérfőzési adatokat nagyrégiók (Dunántúl, illetve Kelet-Magyarország) szintjén vizsgálva valóban úgy konkludálhatunk, hogy a dunántúli régió kilenc megyéjében a vizsgált időszak minden évében alacsonyabb volt az egy lakosra jutó bérfőzött párlat mennyisége a keleti országrész kilenc megyéjében mért adatokhoz képest. A dunántúli régióban 2002 és 2019 között az egy lakosra számított bérfőzött párlat mennyisége 24,76–61,56%-kal (átlag: 50,04%) maradt el a Kelet-Magyarországon kiadott párlat mennyiségéhez viszonyítva (4.2. ábra).

**4.2. ábra. Az egy lakosra jutó bérfőzött párlat évenkénti átlagos mennyisége 2002 és 2019 között megyei bontásban (hektoliterfok)**




Forrás: a szerző saját szerkesztése a NAV JFO és a KSH adatai alapján

### 4.2.2. Magánfőzésre vonatkozó hazai adatok

A gyümölcspárlat magánszemélyek által történő közvetlen előállításának másik legális módja a magánfőzés. A magánfőzött párlat kizárólag a magánfőző, családtagjai vagy vendégei által fogyasztható el, feltéve, hogy értékesítésre nem

kerül sor. Magánfőzött párlatot legfeljebb adóraktár részére lehet értékesíteni. Egy tárgyéven belül a magánszemély vagy bérfőzetőként vagy magánfőzőként jogosult párlatot előállíttatni vagy előállítani, és egy háztartáson belül vagy csak bérfőzetőként, vagy csak magánfőzőként lehet előállíttatni vagy előállítani párlatot (Jöt. 132. §).

2021. január 1-je előtt a magánfőzőnek a tárgyévben előállítani tervezett magánfőzött párlat előállításához az előállítást megelőzően ún. párlat-adójegyet kellett beszereznie a NAV-tól. A párlat-adójegy a beszerző magánfőzőt egy liter magánfőzött párlat tárgyévi előállítására jogosította fel. A párlat-adójegy 700 forint értéket képviselt, egy liter 42 térfogatszázalékos tényleges alkoholtartalmú párlat adótartalmát figyelembe véve. A magánfőző tárgyévi első beszerzéskor legalább 5 párlat-adójegyet volt köteles beszerezni, és tárgyévben legfeljebb 86 darab párlat-adójegyet vásárolhatott, illetve legfeljebb ennek megfelelő mennyiségű párlatot állíthatott elő. A magánfőzött párlat eredetét (vagyis jogszerű voltát) a párlat-adójegy volt hivatott igazolni. A 2021 előtt hatályban lévő törvényi szabályokhoz fűzött jogalkotói indokolás leszögezte, hogy „a magánfőzött párlat esetében az adót a párlat-adójegy vásárlása útján kell megfizetni" (T/10539. sz. törvényjavaslat). Miután egy darab párlat-adójegy egy liter 42 tf%-os tényleges alkoholtartalmú párlat jogszerűségét igazolta, a párlat-adójegyek alapján megbecsülhető, hogy a legális – vagyis bejelentett – magánfőzés keretében hány liter 42 tf%-os párlat került előállításra országos szinten, illetve megyei megoszlásban.

A magánfőzés másik fontos, ma is hatályos jogszabályi kritériuma, hogy a főzéshez legfeljebb 100 liter űrtartalmú, párlat-előállítás céljára szolgáló desztilláló berendezést lehet használni. A magánfőző a magánfőzésre szolgáló desztilláló berendezés feletti tulajdonszerzést, valamint a bejelentett adatokban történt változást az azt követő 15 napon belül köteles bejelenteni a lakóhelye szerinti önkormányzati adóhatósághoz. Az önkormányzati adóhatóság a bejelentésről értesíti az állami adó- és vámhatóságot és a bejelentéssel érintett másik önkormányzati adóhatóságot. Az önkormányzati adóhatóság az értesítést a teljesítést követő hónap 15. napjáig küldi meg az állami adó- és vámhatóság részére. A magánfőző köteles megőrizni és hatósági ellenőrzéskor bemutatni a desztillálóberendezés feletti jogszerű tulajdonszerzést igazoló iratot (Jöt. 143. §). Miután a magánfőzés keretében történő gyümölcspárlat jogszerű előállításához a használt desztilláló berendezések bejelentésére van szükség, ez utóbbiak számából szintén következtetni lehet arra, hogy hány háztartásban végeznek ténylegesen – a jogszabályi kereteket betartva – magánfőző tevékenységet.

A 2010 óta tartó adómentességet megszüntető új jövedéki szabályozás hatályba lépését követően, 2016 és 2020 februárja között a NAV országszer-

te összesen 537 608 db párlat adójegyet bocsátott ki a magánfőzők részére. A vizsgált időszakban a legtöbb párlat adójegy (48 802 db) kiadására BAZ megyében került sor. Ezt követi Pest megye (41 648 db), majd SZSZB megye, ahol összesen 36 268 db párlat-adójegyet adott ki a hatóság a magánfőzők részére. A legkevesebb párlat-adójegy ebben az időszakban Nógrád megyében került kiadásra, mindösszesen 13 390 db. A második és harmadik legkevesebb adójegy kibocsátása pedig Vas (14 097 db), illetve Tolna (17 894 db) megyében történt.

Országos szinten a magánfőzők átlagosan 17,7 db párlat-adójegyet igényeltek a hatóságtól. Egy igénylő tehát kb. 17 liter 42 tf%-os alkoholtartamú párlat előállításához szükséges adójegyet szerzett be 2016 és 2020 februárja között évente. Az egy magánfőzőre jutó átlagosan igényelt párlat-adójegy mennyisége SZSZB megyében volt a legtöbb (23,8 db). Hasonlóan magas szám volt Békés megyében (22,9 db) és Hajdú-Bihar megyében is, ahol egy igénylő átlagosan 20,8 db párlat-adójegyet szerzett be a NAV-tól (4.1. táblázat).

Az adott megye népességszámának arányában vizsgálva azonban megállapítható, hogy az egy megyei lakosra jutó párlat-adójegyek számában, vagyis a legálisan otthon főzhető párlat mennyiségében – ellentétben a bérfőzéssel – nincs érdemi különbség a megyék között. A lezárt éveket tekintve (2016–2019) az egy lakosra jutó párlat-adójegy évenkénti átlagos mennyisége 0,1–0,2 db között volt minden megyében. Ez alól kivételt képez Békés megye, ahol ugyanebben az időszakban az egy lakosra jutó párlat-adójegy igényelt mennyisége 0,3 db volt.

A magánfőzés kapcsán rendelkezésre álló, a párlat-adójegyek alapján becsülhető értékek szerint a korábban részletezett bérfőzésen túl magánfőzés keretében 2016 és 2020 februárja között mintegy 537 608 liter 42 tf%-os gyümölcsszesz készülhetett legálisan a magyar háztartásokban. Mindez évente átlagosan több mint 134 ezer liter alkoholterméket jelentett a bérfőzés mellett.

**4.1. táblázat. Magánfőzők részére kiadott párlat-adójegyek (2016–2020)**

| Igazgatóság | Kiadott adójegy (db) | Igénylők száma | Egy igénylő részére kiadott átlagos mennyiség (db |
|---|---|---|---|
| **Bács-Kiskun** | 30 530 | 1561 | 19,6 |
| **Baranya** | 22 150 | 1499 | 14,8 |
| **Békés** | 34 874 | 1523 | 22,9 |
| **Borsod-Abaúj-Zemplén** | 48 802 | 2744 | 17,8 |
| **Budapest** | 19 615 | 1350 | 14,5 |
| **Csongrád** | 23 796 | 1180 | 20,2 |
| **Fejér** | 29 646 | 1813 | 16,4 |
| **Győr-Moson-Sopron** | 24 358 | 1642 | 14,8 |
| **Hajdú-Bihar** | 28 069 | 1347 | 20,8 |
| **Heves** | 29 176 | 1567 | 18,6 |
| **Jász-Nagykun-Szolnok** | 28 414 | 1394 | 20,4 |
| **Komárom-Esztergom** | 16 690 | 996 | 16,8 |
| **Nógrád** | 13 390 | 734 | 18,2 |
| **Pest** | 41 648 | 2402 | 17,3 |
| **Somogy** | 28 249 | 1713 | 16,5 |
| **Szabolcs-Szatmár-Bereg** | 36 268 | 1527 | 23,8 |
| **Tolna** | 17 894 | 912 | 19,6 |
| **Vas** | 14 097 | 859 | 16,4 |
| **Veszprém** | 25 293 | 1766 | 14,3 |
| **Zala** | 24 649 | 1912 | 12,9 |
| **Összesen** | **537 608** | **30 441** | **17,7** |

Forrás: NAV KI JFO

Fontos ugyanakkor kiemelni, hogy a literben kifejezett adatok – miként arra már utaltunk – sokkal inkább becslésre, mintsem pontos mennyiségi meghatározásra adnak lehetőséget. Ennek okai a következők:

- A bérfőzött párlatok előállításakor azok alkoholfokát nem feltétlenül 42 tf%-ra állítják be. A főzető igényétől függően voltaképp 37,5 tf% és 86 tf% között mozoghat. A jó minőségű gyümölcspárlat 42 tf%-nál magasabb alkoholfokkal érkezik ki a lepárlóból, amelyet később desztillált víz hozzáadásával állítanak be a kívánt alkoholfokra, vagyis a

hlf-ban regisztrált bérfőzött párlat mennyiségéhez képest a literben kifejezett 42 tf%-os párlat lehet több vagy akár kevesebb is.

- A magánfőzés esetében szintén hangsúlyozandó, hogy a párlat-adójegyek kiadása még nem feltétlen jelenti azt, hogy annak megfelelő mennyiségű 42 tf%-os párlat készült.
  - Egyrészt, a törvény szerint minden igénylő köteles volt évente legalább 5 db párlat-adójegyet igényelni. Vagyis legalább 5 db párlat-adójegyet az is köteles megvásárolni, aki nem állít elő 5 liter 42 tf%-os párlatnak megfelelő mennyiségű gyümölcsszeszt.
  - Másrészt, a párlat-adójegyeket az előállítani tervezett alkoholtermékhez kellett beszerezni. A tervezettől kevesebb párlat előállításakor tehát az igényelt adójegy és a ténylegesen előállított párlat mennyisége sem fog egyezni.
  - Harmadrészt, a jogalkotó nem követel meg semmilyen szakképzettséget a magánfőzéshez. A gyümölcspárlat előállítása azonban – a törvényi vélelemmel ellentétben – komoly szakismeretet követel. A magánfőzést végző személyek esetében tehát könnyen előfordulhat, hogy rosszhiszeműség (szándékos jogsértés) nélkül is több alkoholterméket állít elő, mint amennyihez párlat-adójegyet igényelt.

## 4.3. ADATOK KORLÁTAI

A jövedéki termékek szigorú szabályozása és hatósági felügyelete ellenére rendkívül nehéz megbecsülni a lakosság birtokába kerülő alkoholtartalmú italok valós mennyiségét. Az alkoholt tartalmazó jövedéki termékek egy jelentős része ugyanis a vámhatóság adatbázisában sem a legális, sem az illegális tevékenységgel összefüggő adatok között nem jelenik meg. Ezek az ún. nem regisztrált mennyiségek. A nem regisztrált (unrecorded) alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó termékek származhatnak:

- otthoni (legális) előállításból;
- illegális gyártásból;
- csempészésből; valamint
- olyan alkoholos termékek felhasználásból, amelyeket eredetileg nem emberi fogyasztásra szántak (szájvizek, parfümök, kölnik gyártásához használt alkohol (Lachenmeier, 2012).

Egyes kutatások szerint világviszonylatban az egy főre jutó alkohol 24,8%-a a nem regisztrált alkoholtermékek köréből származik (Skehan–Sanchez–Hastings, 2015).

Magyarországon a nem regisztrált alkoholtermékek mennyisége szintén jelentősen meghaladhatja a hatóság által nyilvántartott mennyiségeket. Az 1990-es évek elején az alkohol-feketepiac mértékét a teljes forgalom mintegy 40%-ára becsülték hazánkban (Marik, 1997). A 2000-es években publikált szakértői becslések az alkoholtermékek feketepiacának nagyságát 20–30%-ra tették (Kopcsay, 2008). Az elmúlt évtizedekben ugyanakkor a bérfőzést és a magánfőzést érintő jogszabályi engedmények jelentős teret biztosítottak az illegális alkoholpiacnak. Egyes becslések szerint a bérfőzdékben lepárolt szeszes ital nagyjából 20%-a kerülhet illegálisan kereskedelmi fogalomba, és megközelítőleg ugyanekkora lehet az otthoni főzetből értékesített párlat aránya is (Harcsa, 2016; 2018). Az illegális alkohol előállítása még inkább számottevő lehet az otthoni pálinkafőzés esetén. A magánfőzés megerősödése ugyanis egyértelműen a bérfőzés iránti kereslet csökkenését prognosztizálta 2010 után (Török, 2013), s feltehetően így lesz ez a jövőben is. A magánfőzés jogintézménye ugyanis – annak sajátos szabályozása okán – különösen alkalmas arra, hogy hozzájáruljon a feketepiac növekedéséhez. Az otthoni szeszfőzés tipikusan a következő magatartásokkal képes növelni az alkoholpiacra vonatkozó látenciát (Tóth, 2015):

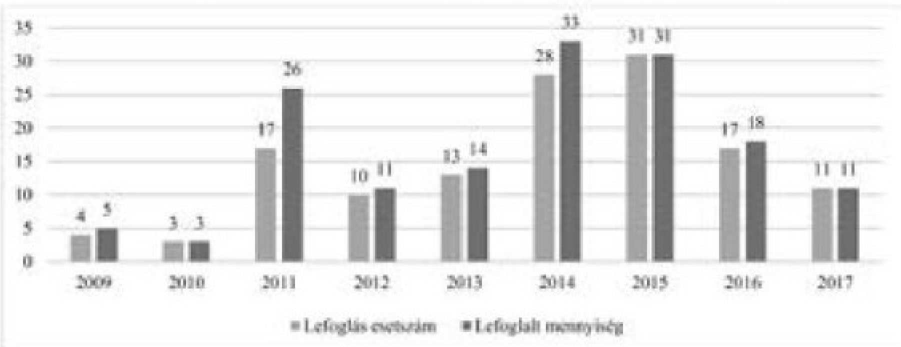
- ha 100 litert meghaladó üstöt vásárolnak;
- ha nem jelentik be a megvásárolt desztilláló berendezést;
- ha a magánfőző nemcsak saját részre, hanem másoknak is készít párlatot.

Kizárólag a vámhatóság adataiból tehát a magánszemélyek által előállított alkoholtermékek tényleges mennyiségét pontos meghatározása nem lehetséges. A gyümölcspárlat esetében ennek magyarázatát az alábbiak szerint foglalhatjuk össze:

Egyrészt, a vámhatóság 2015 óta rögzíti a magánszemélyek birtokában lévő magán-főzőberendezések adatait. A jövedéki törvény módosítását követően a jogszabály a magánfőzést továbbra sem minősítette engedélyhez kötött tevékenységnek, de előírta, hogy a magánfőzésre szolgáló desztilláló berendezést a tulajdonszerzést követő 15 napon belül, illetve amennyiben a berendezés megszerzése 2015. január 1-jét megelőzően történt, 2015. január 15-ig kell bejelenteni a lakóhely szerinti önkormányzati adóhatósághoz. A NAV adatai szerint a legtöbb magán-főzőberendezés bejelentésére (12 755 db) 2015-ben került sor. Az ezt követő években a bejelentések száma megfeleződött, vagy legfeljebb csak az egyhatodát érte el a 2015-ös bejelentési adatoknak. Feltehető, hogy a 2015 előtt beszerzett főzőberendezések egy részét – jogkövető módon – a lakosok bejelentették a hatóságnak. A hatóság adataiból az ugyanakkor nem derül ki, hogy mennyi főzőberendezés maradt bejelentés nélkül illegálisan a magyar háztartásokban. 2009 és 2017 között

a vámhatóság tagjai minden évben foglaltak le illegális desztilláló berendezéseket az országban (4.3. ábra).

**4.3. ábra: Magánfőző berendezések lefoglalásának száma (esetszám) és a lefoglalt berendezések száma (db) Magyarországon (2009–2017)**




Forrás: a szerző saját szerkesztése a NAV KI JFO adatai alapján

Másrészt, a vámhatóság adataiból nem határozható meg pontosan az sem, hogy a legálisan bejelentett desztilláló berendezéseken valóban akkora mennyiségű párlatot állítanak-e elő, mint ahány párlat-adójegyet beszereznek. A bérfőzést végző szeszfőzdék (adóraktárak) főzőberendezéseivel ellentétben ugyanis a magánfőző berendezéseken nincs olyan hitelesített és a hatóság által lezárt mérőberendezés (ún. átfolyásmérő), amely segítségével utólag ellenőrizhető volna a ténylegesen előállított párlat mennyisége.

A törvény előírásainak betartatását, illetve annak ellenőrzését nehezíti továbbá a jövedéki jogszabály azon rendelkezése, amely szerint: *„A magánfőző desztillálóberendezésének bejelentésével kapcsolatban a lakóhely szerinti, a magánfőzés szabályai betartásának ellenőrzésével kapcsolatban – ide nem* értve *az előállított termék jogszabálysértő* értékesítését *– pedig az ellenőrzött tevékenység végzésének helye szerinti* önkormányzati *adóhatóság jár el. A fővárosban a kerületi* önkormányzati *adóhatóság jár el.”* (Jöt. 5. § (2) bek.) Az otthon és a magánélet sérthetetlenségéhez fűződő alapjog tiszteletben tartása miatt az önkormányzati adóhatóság ugyanakkor nem jogosult arra, hogy a magánszemélyek ingatlanjait átvizsgálja a magánfőzésre vonatkozó törvényi előírások megtartásának ellenőrzése miatt. Ilyen kényszercselekményt kizárólag a NAV pénzügyőrei végezhetnek a NAV feladat- és hatáskörrel rendelkező szerve vezetőjének hatósági döntése alapján, ha azonosított és ellenőrzött forrásból származó adatok alapján valószínűsíthető, hogy az adott magánlakásban a vámhatóság hatáskörébe tartozó jogsértő tevékenységet folytatnak (Erdős, 2021).

Az otthon előállított bor, sör, egyéb erjesztett italok mennyiségi meghatározásával kapcsolatosan hasonló problémákkal szembesülünk. Azzal a különbséggel, hogy ezeknek a termékeknek az előállításához még csak bejelentéshez kötött desztilláló berendezésre sincs szükség.

## 4.4. ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTETÉSEK

A magánszemélyek által közvetve vagy közvetlenül előállított gyümölcspárlat mennyisége vizsgálatának fontos jelentősége van a lakosság éves alkoholfogyasztásának becslése szempontjából. A hazai szabályozás jellegéből adódóan ugyanis a bérfőzött és a magánfőzött gyümölcsszesz mennyisége nem jelenik meg a kiskereskedelmi forgalomban.

A NAV által rendelkezésünkre bocsátott hatósági adatok azt mutatják, hogy kizárólag bérfőzésből a teljes magyar lakosságot tekintve az egy főre jutó, 100%-os alkoholban kifejezett párlat évenkénti átlagos mennyisége 0,59 liter (SD=0,17) volt a 2002–2019 közötti időszakban. A kiskereskedelmi adatokból becsült, egy főre jutó tiszta szesz mennyiségét csak a bérfőzés megközelítőleg 0,5 literrel növeli minden évben. A bérfőzési adatok területi megoszlását vizsgálva azt is megállapíthatjuk, hogy az egy lakosra jutó bérfőzött párlat mennyisége 2022 és 2019 között rendre magasabb volt a kelet-magyarországi régióban, mint Dunántúlon. A legtöbb bérfőzött párlatot BAZ megyében regisztrálta a hatóság. Itt az egy lakosra jutó 100%-os alkoholtartalomban mért párlat mennyisége évente átlagosan több mint 1,5 liter.

A magánfőzés keretében legálisan előállított alkohol mennyiségéről ugyanakkor csak a 2016 és 2020 februárja közötti időszakban rendelkezünk adatokkal. Eszerint 2016 és 2020 februárja között az egész ország területén a magánfőzést végzők összesen 537 608 db párlat-adójegyet igényeltek, amely ennek megfelelő mennyiségű, literben kifejezett 42 tf%-os gyümölcspárlat előállításához volt felhasználható. A teljes lezárt éveket vizsgálva (2016–2019) a legális magánfőzés keretében előállított, 100%-os alkoholban kifejezett egy lakosra jutó gyümölcsszesz-mennyiség évente átlagosan 0,005 liter (SD=0,0008) volt, ami szintén nem szerepel a kiskereskedelmi forgalom adataiban.

A vizsgált adatokkal összefüggésben ugyanakkor mindenképp hangsúlyozni szükséges, hogy a valóságban az egy főre jutó, magánszemélyek által közvetve vagy közvetetten előállított gyümölcsszesz mennyisége a fentiektől jelentősen nagyobb. Különösen igaz ez a magánfőzés keretében előállított alkoholra. A magánfőzés korábbi és jelenlegi szabályozása ugyanis kizárja annak a lehetőségét, hogy a hatóság a jogszabályok betartását – így különösen

az alkohol előállításának tényét vagy mennyiségét – következetesen ellenőrizni tudja. A törvényalkotó a magánfőzést illetően szinte teljes egészében az állampolgárok jogkövető magatartására alapít, pedig ahogy azt az illegális főzőberendezések lefoglalási adatai is mutatják, a jogsértések tényével e területen is számolni kell.

## HIVATKOZÁSOK


Bacsinszki Z. – Varga Z. (2019). A pálinkafőzés jövedéki szabályozása. *Publicationes Universitatis Miskolcinensis. Sectio Juridica et Politica,* 37 (1), 89–118.

Balázs G. (1998). A magyar pálinka. Budapest, AULA Kiadó.

Balázs G. (2008). A magyar pálinka folklórja és névkincse. *Vörös Postakocsi,* 1, 23–32.

Békési Z. – Csarnai E. (2010). *Házi pálinkafőzés.* Budapest, Mezőgazda Kiadó.

Borbély É. (2017). *Pálinka termékek jelölési útmutatója.* Budapest, Nemzeti Élelmiszerlánc-biztonsági Hivatal.

Cockx, L. – Meloni, G.–Swinnen, J. (2021). The Water of Life and Death: A Brief Economic History of Spirits. *Journal of Wine Economics,* 16 (4), 355–399. doi:10.1017/jwe.2021.9

Deconinck, K. – Poelmans, E.–J. Swinnen. (2016). How Beer Created Belgium (and the Netherlands): The Contribution of Beer Taxes to War Finance during the Dutch Revolt. *Business History,* 58 (2), 694-724. doi: https://doi.org/10.1080/00076791.2015.1024231

Erdélyi A. – Fehér P. – Jakovác K. (2021). *Elemzés a 2020. II. féléves költségvetési folyamatokról.* Budapest, Állami Számvevőszék.

Erdős Á. (2021). *Pénzügyőri szolgálati ismeretek 2.0.* Budapest, Magyar Rendészettudományi Társaság Vám- és Pénzügyőri Tagozata.

Fairley, T. (1907). The Early History of Distillation. *Journal of the Institute of Brewing,* 13 (6), 559–582. doi:10.1002/j.2050-0416.1907.tb02205.x

Fenyvesi É. – Kajári K. (2016). A dohányzás okozta társadalmi, gazdasági problémák. In: Fenyvesi É. – Vágány J. (szerk.): *Korkép – XXI. századi kihívások.* Budapest, Budapesti Gazdasági Egyetem, 42–67.

Harcsa I. M. (2016). A magyarországi pálinkafőzés jogszabályi változásai és hatásai. *ArsBoni,* 4 (1), 25–42.

Harcsa I. M. (2017). A pálinka minősítése a XXI. században. *Táplálkozásmarketing,* 4 (1–2), 39–52.

Harcsa I. M. (2018). *A pálinkafőzés gazdasági hatásai.* Doktori (PhD-) értekezés. Debrecen, Debreceni Egyetem, Ihrig Károly Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola.

Harcsa I. M. – Nábrádi A. – Tar I. (2014). Hungarian spirits pálinka as a „Hungaricum" I. *APSTRACT,* 8 (2–3), 133–141.

Kmoskó M. (1911). *Hammurabi törvényei.* Kolozsvár, Erdélyi Múzeum Egyesület Jog- és Társadalomtudományi Szakosztálya.

Kopcsay L. (2008). A pálinka mint hungarikum lehetséges piaci stratégiájának alapjai. *Marketing & Menedzsment,* 42 (4), 56–63.

KSH (2022). *A lakónépesség nem, megye és régió szerint.* Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0034.html

Lachenmeier, D. W. (2012). Unrecorded and illicit alcohol. In: Anderson, P. – Møller, L. – Galea, G. (eds.): *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches.* Copenhagen, World Health Organization, 29–34.

Lyons, T. P. (2003). Production of Scotch and Irish whiskies: their history and evolution. In: Jacques, K. A. – Lyons, T. P. – Kelsall, D. R. (eds.): *The Alcohol Textbook.* 4. ed. A reference for the beverage, fuel and industrial alcohol industries. Nottingham, Nottingham University Press, 193–222.

Marik S. (szerk.) (1997). *Ahol a gyümölcs lelkét itallá varázsolják.* Nyíregyháza, Ardlea Kiadó.

Marton Sz. (2002). *Az égetett szeszek és az emberiség.* Szeged, Bába és Társai Kiadó.

Marton Sz. (2007). *A magyar középkori szeszesitalok története (kumisz, sör, pálinka).* Doktori (PhD-) értekezés. Szeged, Szegedi Tudományegyetem.

Mokyr, J. – Nye, J. V. C. (2007). Distributional Coalitions, the Industrial Revolution, and the Origins of Economic Growth in Britain. *Southern Economic Journal,* 74 (1), 50–70. doi: https://www.jstor.org/stable/20111952

Moran, B. T. (2005). *Distilling knowledge: alchemy, chemistry, and the scientific revolution.* Cambridge–London, Harvard University Press.

NAV (2013). *NAV Évkönyv 2012. Tények, információk a Nemzeti Adó- és Vámhivatal szervezetéről és annak 2012. évi tevékenységéről.* Budapest, Nemzeti Adó- és Vámhivatal.

NAV (2015). *NAV Évkönyv 2014. Tények, információk a Nemzeti Adó- és Vámhivatal szervezetéről és annak 2014. évi tevékenységéről.* Budapest, Nemzeti Adó- és Vámhivatal.

NAV (2017). *NAV Évkönyv 2016. Tények, információk a Nemzeti Adó- és Vámhivatal szervezetéről és annak 2016. évi tevékenységéről.* Budapest, Nemzeti Adó- és Vámhivatal.

NAV (2019). *NAV Évkönyv 2018. Tények, információk a Nemzeti Adó- és Vámhivatal szervezetéről és annak 2018. évi tevékenységéről.* Budapest, Nemzeti Adó- és Vámhivatal.

Nye, J. V. C. (2007). *War, Wine, and Taxes. The Political Economy of Anglo-French Trade, 1689–1900.* Princeton, Princeton University Press.

Owens, B. – Dikty, A. (2009). *The Art of Distilling Whiskey and Other Spirits.* Beverly, Quarry Books.

Potoczki Z. (2018). Jövedéki ismeretek. In: Erdős Á. (szerk.): *Integrált pénzügyőri ismeretek I. Kezdő pénzügyőrök kézikönyve.* Budapest, Magyar Rendészettudományi Társaság Vám- és Pénzügyőri Tagozata. 207–222.

Potoczki Z. (2021). Jövedéki ismeretek. In: Erdős Á. (szerk.): *Integrált pénzügyőri ismeretek I.* Budapest, Magyar Rendészettudományi Társaság Vám- és Pénzügyőri Tagozata. 177–188.

Sebestyén K. (2016). Az égetettszesz-ipar fejlődése hazánkban. *Köztes-Európa,* 8 (1–2), 137–144.

Simon I. (szerk.) (2007). *Pénzügyi jog II.* Budapest, Osiris Kiadó.

Skehan, P. – Sanchez, I. – Hastings, L. (2015). The size, impacts and drivers of illicit trade in alcohol. In: OECD (ed.): *Illicit Trade: Converging Criminal Networks.* Paris, OECD Publishing. 213–238.

Tóth J. (2015). *Bérfőzés és magánfőzés a jövedéki adótörvény szabályozásában.* Kézirat. Zalaegerszeg, Budapesti Gazdasági Főiskola.

Török Á. (2013). *Hungarikumok – Magyarország földrajzi árujelzői? – Az eredetvédelem szerepe a XXI. századi mezőgazdaságban és élelmiszertermelésben – a pálinka példájának tanulságai.* Doktori (PhD-) értekezés, Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem.

WHO (2022). *Unrecorded alcool: what the evidence tell us.* Geneva, World Health Organization

Wilson, A. C. (1993). Water of Life: its Beginnings and Early History. In: Wilson, A. C. (ed.): *Liquid Nourishment: Potable Foods and Stimulating Drinks.* Edinburgh, Edinburgh University Press. 142–164.

# 5. ALKOHOLOS HALÁLOZÁSOK VIZSGÁLATA A KSH ADATAI ALAPJÁN[1]

Horváth Ágoston

## 5.1. BEVEZETÉS

Az alábbi fejezetben az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások trendjét mutatjuk be 1990–2020 között, illetve néhány kiemelt évre – 1990-re, 1996-ra, 2001-re, 2011-re és 2016-ra – vonatkozóan háttérváltozók szerint is vizsgáljuk az alkoholos halálozásokat, keresztmetszeti jelleggel. Elemzésünket a KSH halálozási adatbázisában szereplő hivatalos adatokra korlátoztuk. Az alkoholos halálozások besorolását ezen adatok alapján, szakirodalmi eredményekből kiindulva végeztük. Az áttekintett időszak folyamán az 1990-es évek első felében az alkoholos halálozások felfutását látjuk, majd a '90-es évek közepén tapasztalható tetőzést követően csökkenő tendencia, a 2010-es évek második felében pedig stagnálás tapasztalható. Az alábbiakban a trendek mellett, a kiválasztott időpontokra vonatkozóan, e tendencia hátterét vizsgáljuk, főként szociodemográfiai ismérvek alapján.

## 5.2. AZ ADATOK HÁTTERE

### 5.2.1. Halálozások regisztrálása, KSH halálozási adatbázis

A KSH halálozási adatbázissal kapcsolatban érintett szakértőinek tájékoztatása alapján jelenleg a halálozási adatok forrása: a 2016. évi CLV. törvény 30. §-a alapján végzett „Halálozási lap"[2] című KSH-adatgyűjtés, valamint a 351/2013 (X.4) Korm. rendelet[3] 42.§-a által elrendelt „Halottvizsgálati bizonyítvány", „Értesítő a Halottvizsgálati bizonyítvány módosításáról", „Perinatális halottvizsgálati bizonyítvány", „Perinatális halálozási (kórszövettani) értesítő" című adatátvételek.

---

[1] A jelen tanulmány a Központi Statisztikai Hivatal halálozási adatállománya felhasználásával készült. Az abban foglalt számítások és az azokból levont következtetések kizárólag Horváth Ágoston mint szerző szellemi termékei.

[2] https://www.ksh.hu/docs/hun/info/02osap/torveny/k209002.xls

[3] 351/2013. (X. 4.) Korm. rendelet a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról – Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye (jogtar.hu).

Jelenleg a Magyarország területén történt összes halálesetről készül halottvizsgálati bizonyítvány, kitöltésében a halottvizsgálatot végző orvos és a halál okát megállapító orvos vesznek részt, akik háziorvosok, ügyeletes orvosok, kórházi orvosok, patológusok stb. lehetnek.

A KSH-hoz beérkező halottvizsgálati bizonyítványokat rögzítik, majd a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) szerint kódolják és választják ki a statisztikai közléshez szükséges halálokot. Magyarországon jelenleg a BNO X. revízió van érvényben, amely a WHO honlapján érhető el: https://icd.who.int/browse10/2019/en#/ .

1970-től a halálozási adatbázisban BNO 5 jegyen, azaz a BNO kódrendszer szerint a lehető legrészletesebb módon szerepelnek a halálokok az aktuálisan érvényben lévő BNO revízió szerint. 1970 óta a BNO-nak három revíziója volt érvényben: 1970–1978 BNO VIII. revízió, 1979–1995 BNO IX. revízió, 1996-tól a BNO X. revízió.

A KSH konvertált haláloki jegyzéke a BNO X. revíziója szerint készült, így az idősoros haláloki elemzéshez homogén adatok állnak rendelkezésre, amelyek ugyanakkor kevésbé részletezettek, mint az eredeti, az adott évben érvényben lévő BNO revízió szerint rögzített halálokok.

### 5.2.2. Alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások definiálása, leválogatása

#### *5.2.2.1. A vizsgálatban alkalmazott megközelítés*

Az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások azonosítása szakirodalmi információk, illetve a KSH szakértőivel való egyeztetés alapján történt. A leválogatás kiindulópontja Bálint–Elekes (2016) nomenklatúrája volt, azaz a BNO kódok közül az alkoholfogyasztás következményeként direkt módon közreható halálokok legteljesebb körű figyelembevételére törekedtünk. A konvertált haláloki jegyzék következő kategóriáit lehetett megfeleltetni, besorolni az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások kategóriájába (5.1. táblázat):

**5.1. táblázat. A konvertált haláloki jegyzék alkoholfogyasztással közvetlenül összefüggésbe hozható halálokai**

| Kód | Halálok-megnevezés | BNO–VIII. 1970–1978 | BNO–IX. 1979–1995 | BNO–X. 1996– |
|---|---|---|---|---|
| **0501** | Alkoholizmus | 291, 303 | 291, 303, 305 | F10 |
| **0605** | Alkoholos polyneuropathia | – | 357.5 | G62.1 |
| **0906** | Alkoholos cardiomypathia | – | 425.5 | I42.6 |
| **1106** | Alkoholos májzsugorodás | – | 571.2 | K70.3 |
| **1107** | Egyéb alkoholos májbetegség | 571.0 | 571.0, 571.1, 571.3 | K70.0–K70.2, K70.4–K70.9 |
| **2013** | Balesetszerű alkoholmérgezés | E860 | E860 | X45 |

A konvertált haláloki jegyzék megfelelő kategóriáit összehasonlítva a Bálint–Elekes (2016) tanulmányban alkalmazott nomenklatúrával, látható volt, hogy a konvertált jegyzék nem elég részletes ahhoz, hogy teljes körű legyen a megfeleltetés. A BNO X. besorolás szerint G31.2 azonosítójú, alkohol okozta központi idegrendszeri elfajulás, a K29.2 alkoholos gastritis, a K86.0 alkoholos idült hasnyálmirigy-gyulladás és a K86.1 egyéb idült hasnyálmirigy-gyulladás a konvertált haláloki jegyzékben nem szerepel önálló kategóriaként. Ezért szükség volt az eredeti BNO-kódokon alapuló vizsgálatra, ami a konkrét, 5 jegyen megadott BNO-kategóriákból indult ki (5.2. táblázat).

**5.2. táblázat. Az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozhatónak tekintett halálozási okok a vizsgálatban**

| BNO IX. | Megnevezés | BNO X. | Megnevezés |
|---|---|---|---|
| 2910 | Delirium tremens | F100 | Alkohol okozta akut intoxicatio |
| 2911 | Korsakov-psychosis, alkoholos | F101 | Alkohol okozta káros használat (abusus) |
| 2912 | Egyéb alkoholos dementia | F102 | Alkohol okozta dependencia (szindróma) |
| 2913 | Egyéb alkoholos hallucinózisok | F103 | Alkohol okozta megvonási szindróma |
| 2914 | Kóros részegség | F104 | Alkohol okozta megvonási szindróma deliriummal |
| 2915 | Alkoholos féltékenység | F105 | Alkohol okozta pszichotikus zavarok |
| 2919 | K. m. n.* alkoholos psychosis | F106 | Alkohol okozta amnesztikus szindróma |
| 303- | Alkoholfüggőségi szindróma | F107 | Alkohol okozta reziduális zavarok |
| 3050 | Alkohol nem függőségi abususa | G312 | Alkohol okozta központi idegrendszeri elfajulás |
| 3575 | Polyneuropathia alcoholica | G621 | Alkoholos polyneuropathia |
| 4255 | Alkoholos cardiomyopathia | I426 | Alkoholos cardiomyopathia |
| 5353 | Alkoholos gyomorhurut | K700 | Alkoholos zsírmáj |
| 5710 | A máj alkohol miatti zsíros elfajulása | K701 | Alkoholos májgyulladás |
| 5711 | Heveny alkoholos májgyulladás | K702 | Alkoholos májfibrosis és májsclerosis |
| 5712 | Alkoholos májzsgorodás | K703 | Alkoholos májzsugorodás |
| 5713 | K.m.n.* alkoholos májkárosodás | K704 | Alkoholos májelégtelenség |
| 5771 | Idült hasnyálmirigy-gyulladás | K709 | Alkoholos májbetegség k.m.n.* |
| E8600 | Balesetszerű mérgezés alkohol által m.n.o., alkoholos italok | K292 | Alkoholos gastritis |
| | | K860 | Alkoholos idült hasnyálmirigy-gyulladás |
| | | K861 | Egyéb idült hasnyálmirigy-gyulladás |
| | | X45 | Balesetszerű mérgezés alkohol által |

*külön megjelölés nélkül

### *5.2.2.2. Tágabb megközelítés az alkoholos halálozásokra vonatkozóan*

A Józan (2003) által alkalmazott nomenklatúra a fentebbiekhez képest szélesebb körű, olyan halálozási okokat is figyelembe vesz, amelyek nem egyértelműen köthetők az alkoholfogyasztáshoz, de bizonyos valószínűséggel összefüggésbe hozhatók azzal. Ezekre az okokra vonatkozóan Józan becsléseket végzett az ARDI programcsomag[4] által, amelyek alapján megállapította, hogy egy-egy haláloki kategória esetén az ahhoz tartozó halálesetek milyen arányban tekinthetők alkoholfogyasztás következményének. Ez a megközelítés az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozásokat lényegesen magasabb arányúra becsüli, mivel jóval tágabb definíció (5.3. táblázat, lásd a következő oldalon).

A Józan-féle megközelítéshez képest elemzésünk becslési eredményei olyan szempontból alsó becslésnek tekinthetők az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozásokra vonatkozóan, hogy csak olyan halálokok lettek figyelembe véve a leválogatás során, amelyek egyértelműen alkoholfogyasztás következményének tekinthetők.

---

[4] A program az alkoholabúzusban szenvedők, illetve az alkoholisták népességbeli aránya alapján becsül a különböző halálokokhoz tartozó etiológiai arányokat.

**5.3. táblázat. A Józan (2003) által alkalmazott haláloki besorolás**

**Az alkoholnak tulajdonítható halálozások hányada az addikció szempontjából releváns halálokokban[a)]**

| A BNO IX. revíziójának kategóriái | Halálokok | Százalék | |
|---|---|---|---|
| | | Férfi | Nő |
| | *Fertőző betegségek* | | |
| 011–012 | Légzőszervi tuberkulózis | 25 | 25 |
| | *Daganatok* | | |
| 140–149 | Az ajak, a szájüreg és a garat rosszindulatú daganata | 50 | 40 |
| 150 | A nyelőcső rosszindulatú daganata | 75 | 75 |
| 151 | A gyomor rosszindulatú daganata | 20 | 20 |
| 155 | A máj rosszindulatú daganata | 15 | 15 |
| 161 | A gége rosszindulatú daganata | 50 | 40 |
| | *Endokrin betegségek* | | |
| 250 | Diabetes mellitus | 5 | 5 |
| | *Elmezavarok* | | |
| 291 | Alkoholpszichózis | 100 | 100 |
| 303 | Alkoholfüggési szindróma | 100 | 100 |
| 305.0 | Alkoholabusus | 100 | 100 |
| | *Az idegrendszer betegségei* | | |
| 357.5 | Polyneuropathia alcoholica | 100 | 100 |
| | *A keringési rendszer betegségei* | | |
| 401 | Hypertonia essentialis | 7,6 | 7,6 |
| 425.5 | Cardiomyopathia alcoholica | 100 | 100 |
| 430–438 | Cerebrovascularis betegségek | 6,5 | 6,5 |
| | *A légzőrendszer betegségei* | | |
| 480–487 | Tüdőgyulladás és influenza | 5 | 5 |
| | *Az emésztőrendszer betegségei* | | |
| 530–537 | A nyelőcső, a gyomor és a nyombél betegségei, kivéve 535.3 | 10 | 10 |
| 535.3 | Alkoholos gyomorhurut | 100 | 100 |
| 571.0 | A máj alkoholos zsíros elfajulása | 100 | 100 |
| 571.1 | Heveny alkoholos májgyulladás | 100 | 100 |
| 571.2 | Alkoholos májzsugorodás | 100 | 100 |
| 571.3 | Alkoholos májkárosodás | 100 | 100 |
| 571.5–571.6 | Egyéb májzsugorodás | 50 | 50 |
| 577.0 | Heveny hasnyálmirigy-gyulladás | 42 | 42 |
| 577.1 | Idült hasnyálmirigy-gyulladás | 60 | 60 |
| | *Tünetek és rosszul meghatározott állapotok* | | |
| 790.3 | Excessiv véralkoholszint | 100 | 100 |
| | *Sérülések és mérgezések külső okai* | | |
| E810–E825 | Motorosjármű-balesetek, kivéve E825,6,9 | 42 | 42 |
| E825,6,9 | Egyéb, nem motorosjármű-balesetek | 20 | 20 |
| E830–E838 | Vízi szállítási balesetek | 20 | 20 |
| E840–E845 | Légi és űrközlekedési balesetek | 16 | 16 |
| E860.0,1 | Alkohol okozta baleseti mérgezés | 100 | 100 |
| E880–E888 | Balesetszerű esések | 35 | 35 |
| E890–E899 | Tűz és lángok által okozott balesetek | 45 | 45 |
| E910 | Balesetszerű vízbefulladás és elmerülés | 38 | 38 |
| E950–E959 | Öngyilkosság és önsértés | 28 | 28 |
| E960–E969 | Emberölés, halált okozó szándékos testi sértés | 46 | 46 |
| | Egyéb, alkohollal összefüggő sérülések | 25 | 25 |

[a)] Etiológiai hányadok az ARDI programcsomagban in SHULTZ, J., RICE, D., PARKER, D., GOODMAN, R., STROH, G. AND CHALMERS, N. (1991) Quantifying the disease impact of alcohol with ARDI software, Public Health Reports 106(4): 443–450.

Forrás: Józan (2003), 46.

### 5.2.3. A vizsgált adatállomány

Jelenlegi adatkérésünk idősoros adatkérés volt 1990 és 2020 között, illetve néhány kiemelt vizsgálati évre, 1990-re, 1996-ra, 2001-re, 2011-re és 2016-ra vonatkozóan részletesebb, keresztmetszeti adatkérést is indítottunk annak érdekében, hogy háttérváltozók szerint is vizsgálni tudjuk az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozásokat. Az évek kiválasztásának elsődleges szempontja, hogy a rendszerváltás óta eltelt időszakot minél szélesebb körben le tudjuk fedni, emellett pedig olyan évek kiválasztására törekedtünk, amikor népszámlálás vagy mikrocenzus adatfelvétel zajlott, mivel ezekre az időpontokra vonatkozóan ezek az adatfelvételek részletes társadalomszerkezeti viszonyítási pontot jelentenek a vizsgált szociodemográfiai ismérvek szempontjából. Az elemzés során a konvertált jegyzékénél részletesebb, az adott évben érvényes BNO revízió szerinti haláloki besorolást vettük figyelembe, hogy az alkohollal összefüggésbe hozható halálozásokat finomabb módon tudjuk leválogatni, a Bálint–Elekes (2016) nomenklatúrához hasonló módon. A konvertált jegyzék alapján ugyanis közös kategóriába tartozik több olyan haláloki csoport is, amelyeken belül szükséges volt elkülöníteni alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható, illetve attól független halálozásokat, így a konvertált jegyzék alapján nem lett volna lehetséges az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások pontos leválogatása.

A trendeket bemutató vizsgálatunk során a népességszerkezeti változásokat direkt standardizálási eljárással szűrtük ki, standard népességként az „európai standard népesség" kormegoszlását vettük figyelembe. Az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható standardizált halálozási ráta az ok- és korspecifikus halálozási arányoknak a „standard európai népesség" kormegoszlása szerint súlyozott átlaga.

Mivel elemzésünk a KSH halálozási adatbázisa alapján vizsgálja az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozásokat, szociodemográfiai, szocioökonómiai háttérváltozókkal (iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, foglalkozási csoport) is össze tudtuk vetni eredményeinket néhány kiemelt vizsgálati évre vonatkozóan. A KSH adatbázisának további előnye, hogy a népszámlálások eredményeivel, így az azok alapján tapasztalható társadalomszerkezeti változásokkal is együtt elemezhetőek a halálozások alakulására vonatkozó információk. A háttérváltozók szerinti elemzést ugyanakkor kizárólag az adott évi, alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozási arányokra vonatkozóan tudtuk elvégezni, a standardizált halálozási arányokra vonatkozóan nem. Ennek oka, hogy a standardizált halálozási arány háttérváltozók szerinti elemzéséhez olyan számítások elvégzésére lett volna szükség, amely-

nek eredményeit adatvédelmi okokból nem tudtuk felhasználni az egyes alkategóriákra eső alacsony esetszámok miatt.

Az érintett halálokok leválogatása alapján minden vizsgált évre vonatkozóan meghatároztuk, hogy az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások mekkora részét teszik ki a teljes éves halálozásnak, illetve meghatároztuk az összesített, alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható standardizált halálozási rátát. A következőkben az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások adott évi összes halálozáshoz viszonyított arányát, illetve az adott évi, alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható standardizált halálozási rátát mutatjuk be idősorosan 1990–2020 között, nemenként. Ezt követően az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások adott évi összes halálozáshoz viszonyított arányát mutatjuk be háttérváltozók szerint, néhány kiemelt évben, amelyek a következők: 1990, 1996, 2001, 2011 és 2016.

### 5.2.4. További vizsgálati lehetőségek, az adatok korlátai

A Semmelweis Egyetem Igazságügyi és Biztosítás-orvostani Intézetének munkatársával, Dunay Györggyel folytatott szakértői egyeztetés alapján érdemes lett volna a halálokok mellett a korábbi kórtörténetre is kiterjeszteni az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások vizsgálatát, mivel a halálozást megelőző betegségek alapján lehet a legmegbízhatóbban kategorizálni az alkoholfogyasztáshoz köthető, illetve attól független haláleseteket. Ez azonban nem volt megvalósítható, mivel a kórtörténetet tartalmazó Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) a közelmúltban kiépített fejlesztés, azaz korábbi időszakokra vonatkozóan nincs feltöltöttsége, másrészt kórtörténeti adatok jelenlegi információink alapján – adatvédelmi és adatszerkezeti okok miatt – kutatási célra nem hozzáférhetők a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) tájékoztatása szerint. A KSH szakértőinek tájékoztatása alapján a vizsgálat további kiterjesztési lehetőségét jelenti a többes haláloki elemzés, azonban az 1990-es évekre vonatkozóan többes haláloki adatok csak korlátozottan állnak rendelkezésre.

A KSH halálozási adatbázisában szereplő, hivatalos adatok átfogóbb vizsgálatához szükséges lenne az adatbázisok, nyilvántartások adatfeldolgozási, adatkezelési gyakorlata mellett az adatszolgáltatói oldal vizsgálata is. Különösen a háziorvosi, kezelőorvosi adatszolgáltatási gyakorlattal kapcsolatban fontos kérdés, hogy milyen döntési helyzetek merülnek fel a halottvizsgálati bizonyítvány kitöltése során, a folyamat mennyire szabályozott, mennyi-

re követ egységes protokollt.[5] Milyen tényezők befolyásolhatják, torzíthatják a nyilvántartó rendszerek bemeneti adatait, különösen az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások esetén. Ezeket a hatásokat, az ezzel kapcsolatos kérdéseket az idősoros vizsgálat pontossága érdekében historikusan is szükséges feltárni, a nyilvántartási, kategorizálási gyakorlatok időbeli változásaira is tekintettel kell lenni. Ezen kérdések vizsgálata a jelenlegi elemzés kereteit meghaladja, így ezt a KSH által rendelkezésünkre bocsátott hivatalos halálozási adatokra korlátoztuk.

## 5.3. AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGÉSBE HOZHATÓ HALÁLOZÁSOK TRENDJE 1990–2020 KÖZÖTT

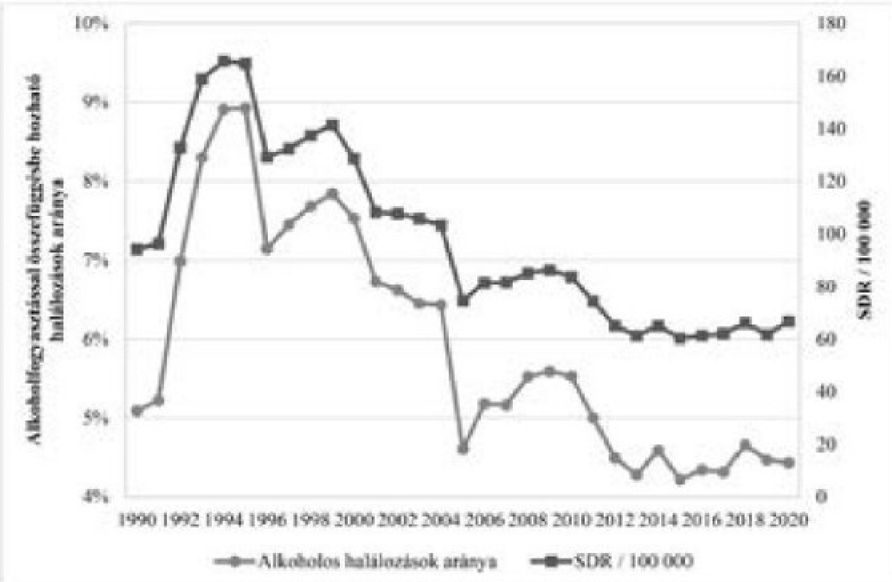
Az 1990–2020 közötti időszakban az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások általános tendenciája jelentős felfutást követően csökkenő mind a férfiak, mind a nők esetében (5.1. és 5.2. ábra). A csökkenés mértéke az 1995–2005 közötti időszakban határozottabb volt, amit kismértékű emelkedés követett egy 2008–2010 közötti lokális csúccsal, ezt követően pedig a 2010-es évek folyamán tovább folytatódott a kismértékű csökkenés, illetve stagnálás.[6] A férfiak esetén az 1994–1995-ös csúcs időszakában az alkoholos halálozások aránya az összes éves halálozáshoz viszonyítva 9 százalékos volt, az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható standardizált halálozási ráta 100 ezer lakosra vetített értéke pedig 166, illetve 165 volt ezekben az években. 2020-ra az alkoholos halálozások aránya 4 százalékra csökkent az összes éves halálozáshoz viszonyítva, a standardizált halálozási ráta 100 ezer lakosra vetített értéke pedig 67. A 2010-es évek folyamán ennél alacsonyabb értékek is

[5] A KSH szakértői ezt a folyamatot a szabályozások mellett igyekeznek kontrollálni és koordinálni is. Ezt szolgálja egyrészt, hogy az orvosképzésekbe beemelt tananyaggá vált a halottvizsgálati bizonyítvány kitöltése. A halottvizsgálati bizonyítvány kitöltését megyénként felelős orvosok koordinálják, akik számára a KSH éves gyakorisággal rendszeres értekezleteket szervez. Emellett a KSH-ban alkalmazott minőségbiztosítási eljárások logikai hibák kiszűrése révén alkalmasak egyéb, az adatszolgáltatás során felmerülő anomáliák feltárására is.

[6] A 2005-ös jelentős csökkenés adatszerkezeti okokra is visszavezethető: a KSH ekkor új, a WHO és az Eurostat kívánalmainak megfelelőbb halottvizsgálati bizonyítványt vezetett be, továbbá ekkor lett bevezetve a halottvizsgálati bizonyítványok orvosszakmai ellenőrzése, a kitöltés egységes szempontok szerinti korrekciója. Az adatfeldolgozásban a kézi kódolást felváltotta a számítástechnikai támogatással történő ún. automatizált feldolgozás.

előfordultak a standardizált ráta esetén, a vizsgált időszak minimumát 2015-ben 60-as értékkel regisztrálhattuk (5.1. ábra).

**5.1. ábra. Az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható standardizált halálozási ráta és az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások aránya az összes éves halálozáshoz viszonyítva, évente, a férfiak körében**

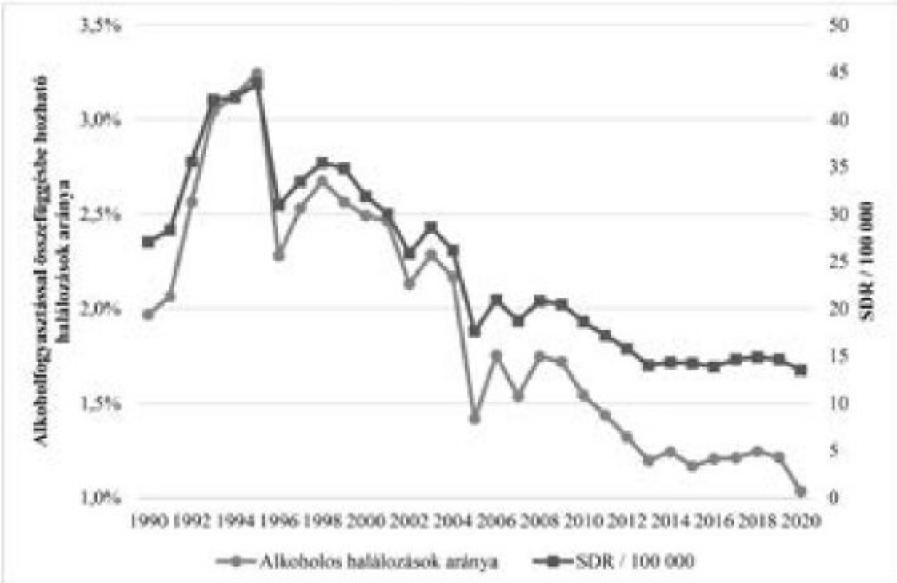



Forrás: KSH Halálozási adatbázis, saját számítás

A nők esetében a teljes időszak folyamán lényegesen alacsonyabb az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások aránya és értelemszerűen a standardizált ráta értéke is, de a mintázat szintjén hasonló tendenciák tapasztalhatók a férfi népességhez viszonyítva, a nők körében ugyanakkor lényegesen kisebb mértékű megfigyelési évek közötti varianciával. A szakirodalomban részletesen dokumentált hatás itt is érvényesül, a férfiak körében számottevően jellemzőbb az alkoholfogyasztásra visszavezethető halálozás. A nők esetében az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások aránya az összes éves halálozáshoz viszonyítva 1992–1999 között (az 1996-os 2 százalékos arány kivételével) folyamatosan 3 százalék, az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható standardizált halálozási ráta 100 ezer lakosra vetített értéke pedig ugyanebben az időszakban 31 (1996-ban) és 44 (1995-ben) között alakult. Az ezredfordulót követően kisebb változások mellett csökkenő tendenciát regisztrálhatunk, 2020-ra az alkoholos halálozások aránya 1 száza-

lékra csökkent az összes éves halálozáshoz viszonyítva, a standardizált halálozási ráta 100 ezer lakosra vetített értéke pedig 14. A nők esetében a 2020-as adatok a teljes vizsgált időszak minimum értékeit is jelentik (5.2. ábra).

**5.2. ábra. Az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható standardizált halálozási ráta és az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások aránya az összes éves halálozáshoz viszonyítva, évente, a nők körében**




Forrás: KSH Halálozási adatbázis, saját számítás

## 5.4. KERESZTMETSZETI LEÍRÓ STATISZTIKÁK AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGÉSBE HOZHATÓ HALÁLOZÁSOKRA VONATKOZÓAN[7] – 1990, 1996, 2001, 2011, 2016

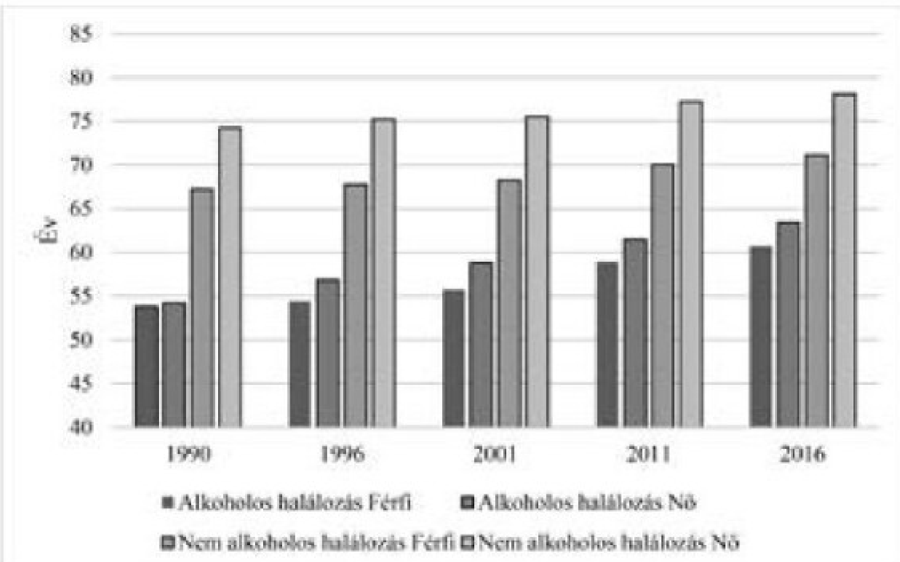
Az alábbiakban az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozásokat szociodemográfiai, szocioökonómiai háttérváltozókkal (iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, foglalkozási csoport) összevetve vizsgáljuk néhány kiemelt vizsgálati évre vonatkozóan. A közölt arányok a 25 éven felül bekövetkezett halálozásokra vonatkoznak minden vizsgált évben. A markáns ne-

[7] 5 jegyű BNO kódokon alapuló besorolás Bálint–Elekes (2016) haláloki kategorizációja alapján, a KSH szakértőivel egyeztetve.

menkénti különbségek miatt a későbbiekben rendre nemek szerinti bontást is figyelembe véve vizsgáltuk a további háttérváltozókat.

Az alkoholos halálozások esetén jóval kisebb a férfiak és nők közötti különbség a halálozás időpontjáig elért átlagéletkor szempontjából, mint az alkoholfogyasztással összefüggésbe nem hozható halálozások esetén (5.3. ábra). Ugyanakkor mindkét csoportban jellemző, hogy az elhunyt nők magasabb átlagéletkorúak. A halálozáskori átlagos élettartam növekedése mellett az is látható, hogy a férfiak és a nők közötti különbség szintén növekszik, mindkét kategóriában.

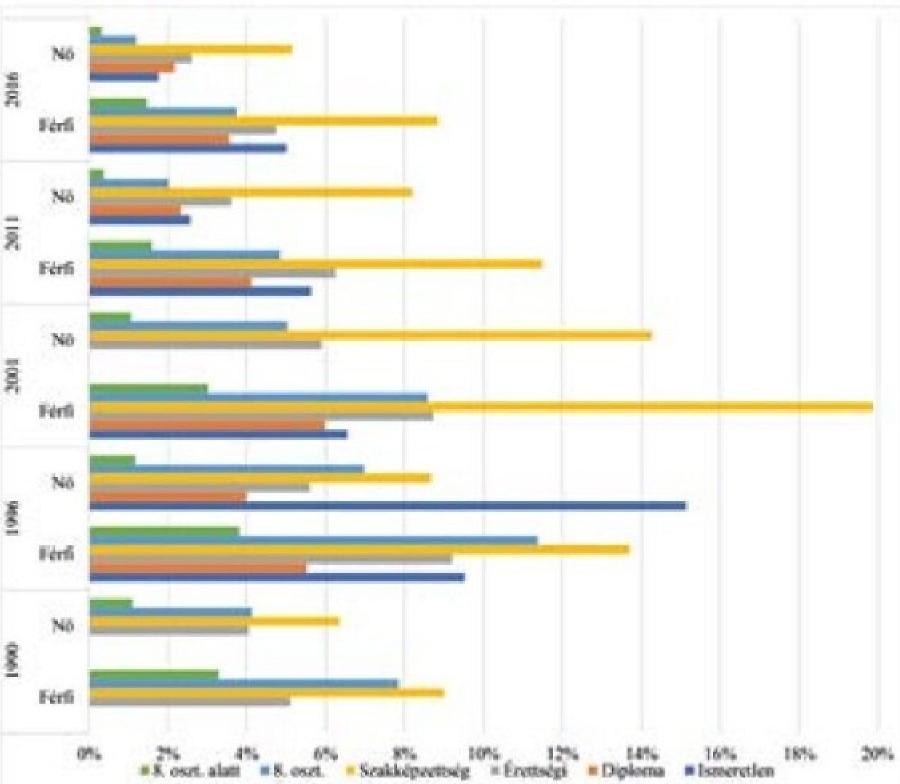
**5.3. ábra. A halálozáskor betöltött átlagéletkor nemek szerint, az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható, illetve attól függetlenül bekövetkezett halálozások csoportjaiban, a 25 éven felüliek körében**




Forrás: KSH Halálozási adatbázis, saját számítás

Az *5.4. ábra* azt mutatja, hogy különösen a szakképzettek, a 8. osztályt végzettek, továbbá az ismeretlen végzettségűek esetén jellemző az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások bekövetkezése. Eredményeink megerősítik Mackenbach és mtsai (2015) következtetéseit, amelyek szerint Magyarországon különösen magas a státus hatása az alkoholos halálozásra, de Magyarországon kívül is gyakoribb az alkoholos halálozások előfordulása az alacsonyabb státusú társadalmi csoportok körében.

**5.4. ábra. Az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások aránya az összes éves halálozáshoz viszonyítva, nemenként és iskolai végzettség szerint, a 25 éven felüliek körében**[8]

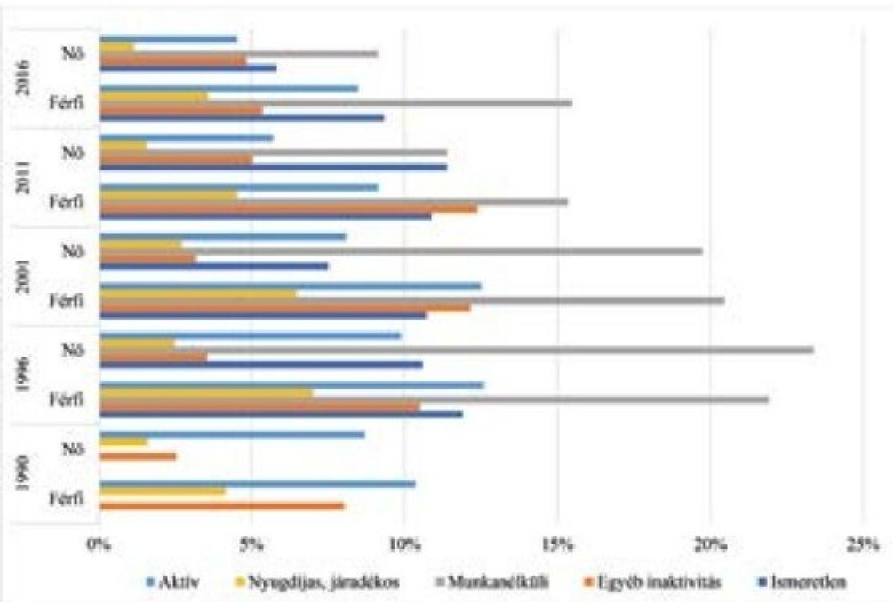



Forrás: KSH Halálozási adatbázis, saját számítás

[8] 1990-ben a férfiak és a nők esetén egyaránt, 2001-ben pedig a nők esetén nem volt elkülöníthető az ismeretlen és a diplomás kategória, így ezeket az érintett években nem tüntettük fel.

A munkanélküliek csoportjában különösen magas arányban fordul elő alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozás (5.5. ábra). 1996-ban előfordult, hogy ebben a kategóriában a nők esetében minimálisan magasabb volt az alkoholos halálozások aránya, mint a férfiak körében, amire nem találunk példát semmilyen egyéb aktivitási kategóriában, egyik megfigyelt évben sem.

**5.5. ábra. Az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások aránya az összes éves halálozáshoz viszonyítva, nemenként és gazdasági aktivitás szerint, a 25 éven felüliek körében**[9]




Forrás: KSH Halálozási adatbázis, saját számítás

9 1990-ben még nem létezett munkanélküli kategória, továbbá ebben az évben „ismeretlen” besorolás sem fordult elő, ezért az 1990-es adatoknál csak három gazdasági aktivitás szerinti kategória látható, amelyek lefedik az összes előforduló esetet.

A 5.4. táblázatban, néhány kiugró értéket leszámítva (amely a csoportok méretével is összefüggésben állhat, például: egyéb szellemi foglalkozások, egyéb fizikai foglalkozások), nem látható érdemi különbség a foglalkozási csoportok között az alkoholos halálozások előfordulása tekintetében. A különbségek feltehetően a foglalkozási csoportokhoz tartozó munkakörök eltérő képzettségigényére, ezzel összefüggésben az eltérő mértékű karrierstabilitásra vezethetők vissza.

**5.4. táblázat. Az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások aránya az összes éves halálozáshoz viszonyítva, nemenként és foglalkozási csoportok szerint, a 25 éven felüliek körében**

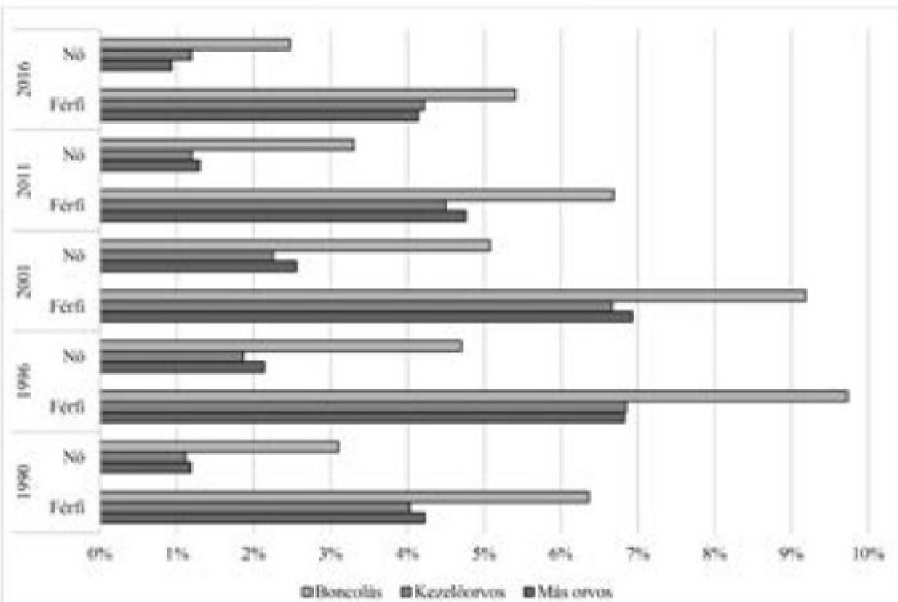
| | | 1990 | 1996 | 2001 | 2011 | 2016 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Gazdasági, igazgatási, érdekképviseleti vezetők, törvényhozók** | **Férfi** | 3,7% | 4,4% | 4,6% | 3,4% | 2,6% |
| | **Nő** | 2,8% | 4,6% | 4,3% | 2,8% | 1,8% |
| **Műszaki, informatikai és természettudományi foglalkozások** | **Férfi** | 4,0% | 9,4% | 6,7% | 4,7% | 3,7% |
| | **Nő** | 2,0% | 7,1% | 5,5% | 2,8% | 1,8% |
| **Egészségügyi, gazdasági és kulturális foglalkozások** | **Férfi** | 2,6% | 5,2% | 5,4% | 4,0% | 4,0% |
| | **Nő** | 1,9% | 3,3% | 3,9% | 2,5% | 2,3% |
| **Irodai és ügyviteli foglalkozások** | **Férfi** | 2,7% | 4,7% | …* | 4,2% | 4,6% |
| | **Nő** | 2,7% | 4,9% | …* | 2,5% | 1,8% |
| **Egyéb szellemi foglalkozások** | **Férfi** | 4,5% | 6,6% | …* | 4,7% | 5,6% |
| | **Nő** | 3,5% | 14,8% | …* | 4,4% | 4,8% |
| **Ipari, építőipari foglalkozások** | **Férfi** | 6,1% | 9,5% | 9,3% | 6,3% | 5,3% |
| | **Nő** | 2,1% | 3,2% | 3,3% | 1,8% | 1,4% |
| **Mezőgazdasági foglalkozások** | **Férfi** | 3,9% | 5,8% | 5,2% | 3,7% | 3,1% |
| | **Nő** | 1,1% | 1,3% | 1,5% | 1,0% | 0,8% |
| **Közlekedési, kereskedelmi, szolgáltatási foglalkozások** | **Férfi** | 5,0% | 8,1% | 8,0% | 5,9% | 4,2% |
| | **Nő** | 2,9% | 4,0% | 4,1% | 2,6% | 1,9% |
| **Szakképzettséget nem igénylő foglalkozások** | **Férfi** | 6,5% | 8,7% | 8,2% | …* | 4,8% |
| | **Nő** | 2,3% | 3,1% | 3,2% | …* | 1,0% |
| **Egyéb fizikai foglalkozások** | **Férfi** | 5,3% | 10,1% | 7,7% | …* | …* |
| | **Nő** | 3,9% | 3,5% | 0,0% | …* | 0,0% |
| **Ismeretlen egyéni foglalkozások, ill. nem besorolható** | **Férfi** | 5,8% | 8,8% | 7,5% | 5,9% | …* |
| | **Nő** | 1,2% | 3,2% | 3,1% | 1,8% | 1,4% |

Forrás: KSH Halálozási adatbázis, saját számítás

** A cellára eső alacsony esetszám miatt adatvédelmi okokból nem közölhető.*

A halálok megállapítója szerint vizsgálva az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozásokat, arra következtethetünk, hogy érdemes a halálokok megállapításának, rögzítésének folyamatát, gyakorlatait is részletesen vizsgálnunk az egészségügyi ellátórendszer különböző területein (5.6. ábra). Látható, hogy a boncolások esetén az összes vizsgált évben rendre magasabb arányú mind a férfiak, mind a nők esetében az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozás, mint abban az esetben, ha a halálok megállapítója a kezelőorvos vagy más orvos. Ez részben annak köszönhető, hogy előfordulnak olyan alkoholfogyasztással összefüggő, tipikus halálokok, amelyek regisztrációja 75–100 százalékos arányban boncoláshoz kötődik: ilyen például az alkoholos zsírmáj (BNO X. revízió szerint K70-es kód), illetve a balesetszerű alkoholmérgezés (BNO X. revízió szerint X450-es kód).

**5.6. ábra. Az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások aránya az összes éves halálozáshoz viszonyítva, nemenként és a halálok megállapítója szerint, a 25 éven felüliek körében**




Forrás: KSH Halálozási adatbázis, saját számítás

## 5.5 ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTETÉSEK

A fejezetben az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások alakulását tekintettük át a rendszerváltást követő időszakra vonatkozóan. A bemutatott adatok alapján a '90-es évek első felében az alkoholos halálozások felfutását látjuk, majd a '90-es évek közepén bekövetkező tetőzést követően összességében csökkenő tendencia érvényesül.

Ez a mintázat az összes vizsgált szociodemográfiai ismérv mentén kirajzolódik, amelyekkel összefüggésben vizsgáltuk az alkoholos halálozások alakulását. Eredményeink korábbi szakirodalmi következtetésekkel megegyezőek, azaz érvényesül a nemek közötti markáns különbség az alkoholos halálozások arányát tekintve: a férfiak esetén lényegesen magasabb arányokat regisztrálhatunk. Ez a nemek közötti különbség a többi vizsgált ismérv (iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, foglalkozási csoportok) mentén külön-külön is tapasztalható.

Korábbi vizsgálatokkal szintén megegyező módon arra következtethetünk, hogy az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások előfordulása továbbra is erősen összefügg a társadalmi státuszpozícióval. Az alkoholos halálozások elsősorban az alacsonyabb végzettségűek, illetve a munkanélküliek csoportjaiban koncentrálódnak. Bár a foglalkozási csoportok között nem látható érdemi különbség az alkoholos halálozások előfordulása tekintetében, a kisebb eltérések feltehetően a foglalkozási csoportokhoz tartozó munkakörök különböző képzettségigényére, ezzel összefüggésben az eltérő mértékű karrierstabilitásra vezethetők vissza.

A hivatalos adatok korlátaira utaló, a halálozási adatok keletkezése, tágabb kontextusa részletesebb feltárásának szükségességét alátámasztó eredményünk, hogy a boncolások esetén az összes vizsgált évben rendre magasabb arányú mind a férfiak, mind a nők esetében az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozás, mint abban az esetben, ha a halálok megállapítója a kezelőorvos vagy más orvos.

## HIVATKOZÁSOK

Bálint L. – Elekes Zs. (2016). Magyarország deviancia-térképe területi előrejelzésekkel. In: Tózsa I. (szerk.): *Humán tér-kép*. E-government Alapítvány, 90–144.

Józan P. (2003). *Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970–1999*. Központi Statisztikai Hivatal.

Mackenbach, J. P. – Kulhánová, I. – Bopp, M. és mtsai (2015). Inequalities in Alcohol-related Mortality in 17 European Countries: A Retrospective Analysis of Mortality Registers. *PLOS Medicine*. DOI:10.1371/journal.pmed.1001909, https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001909

# 6. ALKOHOLBETEGEK AZ ELLÁTÓRENDSZERBEN

Arnold Petra – Péterfi Anna

## 6.1. BEVEZETÉS

Jelen tanulmányban bemutatjuk az ellátórendszerben alkoholprobléma miatt kezeltek számát, társadalmi mintázatát és azok változását az elmúlt 20 évben.[1] Célunk az, hogy a hazai ellátórendszert teljesen lefedjük, és az ellátórendszer minden szegmenséről közöljünk adatokat, de nem minden területről van szisztematikus adatgyűjtés – erről részletesebben írunk a tanulmányban. A tanulmány első felében – a hazai addiktológiai ellátórendszer rövid ismertetését követően – a szociális és egészségügyi ellátórendszerben alkoholprobléma miatt megforduló kliensek/esetek adatait (OSAP – Országos Statisztikai Adatfelvételi Program és NEAK – Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő adatok) mutatjuk be az ellátás típusa szerint. A tanulmány második felében pedig a TDI (Treatment Demand Indicator – Kezelési Igény Indikátor) adatokat ismertetjük. Minden esetben kitérünk az adatokkal kapcsolatos háttérinformációkra, definíciókra, illetve problémákra.

## 6.2. A HAZAI ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÓRENDSZER FELÉPÍTÉSE[2]

Magyarországon az addiktológiai ellátórendszeren belül az alábbi ellátási területeken fordulnak elő alkoholproblémával küzdők (Demetrovics et al., 2010, saját kiegészítésekkel).

Egészségügyi pillér:

- Addiktológiai és pszichiátriai gondozók
- Járóbeteg-szakellátás (pl. addiktológiai járóbeteg ambuláns ellátás)
- Felvőbeteg-ellátás: pszichiátriai osztály és addiktológiai osztály
- Sürgősségi betegellátás: krízisintervenciós osztály

[1] Köszönettel tartozunk a KSH Egészségügyi Statisztikai Osztály vezetőjének, Tokaji Károlyné Ildikónak, hogy támogatta munkánkat, és jelentős szakmai segítséget nyújtott ahhoz, hogy eligazodjunk az ellátórendszer adataiban. Továbbá köszönjük Kassai-Farkas Ákosnak, hogy nagy szakmai rálátásával segített eligazodni az addiktológiai (alkohológiai) ellátórendszer útvesztőiben és az adatok értelmezésében.

[2] A 6.2–6.3. fejezetek szerzője: Arnold Petra.

Szociális pillér:
- Bentlakásos rehabilitációs intézmény
- Szociális szolgáltatások (nappali, közösségi ellátás, segélytelefon)
- Alacsonyküszöbű szolgáltatások (party service, tűcsere, megkereső utcai munka, drop in[3])
- Önsegítő csoportok.

A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő adatbázis alapján a hazai addiktológiai ellátórendszer ellátási területek szerint az alábbiak szerint néz ki. Kifejezetten addiktológiai problémával (ebben nemcsak az alkohol-, hanem a drogfüggőség vagy más viselkedési függőség is belefoglaltatik) összesen 180 járóbeteg-szakellátású intézménybe lehet fordulni Magyarországon. Az alkohol betegek gyakran pszichiátriára kerülnek vagy csak alkoholproblémával, vagy kettős, többszörös diagnózissal, így a táblázatban feltüntettük a járóbeteg pszichiátriai gondozók számát is, ami 740-re tehető 2022-ben. Egészségügyi keretek között az addiktológiai problémák fekvőbeteg-ellátása leginkább pszichiátrián vagy pszichiátriai rehabilitáción lehetséges: 174 ilyen ellátási terület létezik. Kifejezetten addiktológia ellátásra 41 helyen van lehetőség (6.1. táblázat).

**6.1. táblázat. Addiktológiai és pszichiátriai járó és fekvő szakellátást nyújtó intézmények száma Magyarországon 2022-ben**

| Járóbeteg-szakellátás | | Fekvőbeteg-szakellátás | |
|---|---|---|---|
| **Szakellátás** | **Intézmények száma** | **Szakellátás** | **Intézmények száma** |
| Addiktológia | 70 | Addiktológia | 11 |
| Addiktológia pszichiátriai szakfeladat | 82 | Addiktológiai rehabilitáció | 30 |
| Addiktológiai gondozás | 1 | Pszichiátria, pszichiátriai rehabilitáció | 174 |
| Alkohológia pszichiátriai szakfeladat | 12 | | |
| Drogbetegellátás | 15 | | |
| Pszichiátria, pszichiátriai rehabilitáció, pszichoterápia | 740 | | |

Adatok forrása: NEAK[4]

[3] A drop in ugyanúgy megszólítja az alkohol- és kábítószer-problémával küzdőket, ezzel szemben a többi alacsonyküszöbű szolgáltatás inkább a kábítószer-fogyasztókra fókuszál.

[4] A járóbeteg-szakellátás adatainak forrása: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/szerzodott_szolgaltatok/jarobeteg_ellatast_nyujto_intezmenyek_korhaz.html (letöltés: 2022.03.11.) Fekvőbeteg szakellátás adatainak forrása: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/szerzodott_szolgaltatok/fekvobeteg_ellatast_nyujto_intezmenyek_korhaz.html (letöltés: 2022.03.11.).

Az addiktológiai problémák szociális ágazaton belüli kezelése leginkább közösségi ellátásban lehetséges – a legtöbb intézmény ebből a típusból fordul elő Magyarországon –, azonban a legtöbb férőhely nappali ellátásban érhető el (6.2. táblázat).

**6.2. táblázat. Szociális területen működő addiktológiai ellátásokhoz kapcsolódó intézmények és férőhelyek száma**

| Ellátási forma | Ellátás típusa | Intézmények száma | Engedélyezett férőhelyek száma |
|---|---|---|---|
| Alapellátás | Közösségi ellátás | 145 | 752 |
| Alapellátás | Nappali ellátás | 87 | 3444 |
| Szakellátás | Ápolást, gondozást nyújtó intézményi ellátás | 25 | 1398 |
| Szakellátás | Átmeneti elhelyezést nyújtó intézményi ellátás | 7 | 137 |
| Szakellátás | Lakóotthoni ellátás | 8 | 84 |
| Szakellátás | Rehabilitációs intézményi ellátás | 22 | 614 |
| **Összesen** | | **294** | **6429** |

Forrás: Vojtek 2018: 19.; NRSZH adatbázis, 2016

## 6.3. ALKOHOLBETEGEK AZ ELLÁTÓRENDSZERBEN

### 6.4.1. Az adatok háttere

#### *6.4.1.1. Adatok forrása*

Jelen tanulmányban bemutatott adatok három forrásból – OSAP, NEAK, TDI – származnak.

6.4.1.1.1. OSAP-adatok

*„A KSH feladata a Hivatalos Statisztikai Szolgálat (HSSZ) Országos Statisztikai Adatfelvételi Programjának összeállítása és végrehajtásának ellenőrzése. Az OSAP kötelező adatszolgáltatásairól elrendelt adatgyűjtésekből előállított statisztikák információt szolgáltatnak a társadalom, a gazdaság, a környezet állapotáról és annak változásairól az állami szervek, az önkormányzatok, a gazdasági szervezetek – beleértve a pénzügyi piacokat –, a civil szervezetek, a tudományos tevékenységet végzők, a közvélemény, a média szereplői, valamint*

*a nemzetközi szervezetek, különösen az Európai Unió intézményei számára.”*[5] Az OSAP adatokat az EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) gyűjti és továbbítja a KSH felé.

6.4.1.1.2. NEAK-adatok

A NEAK az egészségbiztosítási szervekről szóló 386/2016. (XII. 2.) kormányrendelet értelmében *„ellátja a jogszabályokban meghatározott feladatokat, végzi az Egészségbiztosítási Alap kezelésével, a nyilvántartások vezetésével, a pénzügyi elszámolásokkal és az adatszolgáltatási kötelezettséggel kapcsolatos feladatokat”.*[6] A NEAK feladatai között szerepel többek között, hogy *„gondoskodik a statisztikai adatok gyűjtéséről, valamint azok továbbításáról”.*[7] A statisztikai adatokat a NEAK továbbítja az EMMI-nek, illetve adott esetben párhuzamosan a KSH-nak (vagy bizonyos esetekben először az EMMI-nek, amely továbbítja a KSH felé).

6.4.1.1.3. TDI-adatok

A Nemzeti Drog Fókuszpont az EMCDDA nemzetközi protokollnak eleget téve működteti a TDI-t, amely célja, hogy a kábítószer-használat miatt először kezelésbe került személyek számáról és jellemzőiről nemzetközileg összehasonlító adatokat gyűjtsön. A TDI elsődlegesen a kábítószer-fogyasztókra fókuszál, és nem az alkoholprobléma miatt kezelésbe kerülőkre, azonban másodlagosan kérdezi az alkoholfogyasztást[8] is. A Nemzeti Drog Fókuszpont tehát csak az elsődlegesen kábítószer-probléma miatt kezelésbe kerülőkről gyűjt adatokat, így a TDI mentén arról nincs szisztematikus adatgyűjtés, hogy az

[5] Forrás: https://www.ksh.hu/ost_kiemelt_feladatok

[6] Forrás: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/rolunk/kozerdeku_adatok/tevekenysegre_mukodesre_vonatkozo_adatok/a_szerv_feladata_alaptevekenysege_es_hatarkore/a_szerv_alaptevekenyege_feladata_es_hatarkore

[7] Forrás: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/rolunk/kozerdeku_adatok/tevekenysegre_mukodesre_vonatkozo_adatok/a_szerv_feladata_alaptevekenysege_es_hatarkore/a_szerv_alaptevekenyege_feladata_es_hatarkore

[8] Az alkoholhasználathoz köthető problémák sok esetben valamely egyéb mentális probléma mellett jelennek meg, így kezelésükben is jelentős szerepet játszhat, hogy milyen egyéb komorbid problémák mellett azonosítják azokat. Az alkoholhasználati zavarral küzdők körében sokszoros az egyéb pszichoaktív szerek használatával összefüggő zavarok előfordulásának kockázata a normál népességgel összevetve (Burns–Teesson, 2002; Stinson és mtsai, 2005). Magyarországon a TDI-adatgyűjtésből származó adatok segítségével leírható a kábítószer-használat és az alkohol mint komorbid probléma megjelenésének mintázódása.

ellátórendszerben hányan fordulnak meg alkoholprobléma miatt, és ezek milyen mintázatot mutatnak.

Az alábbi táblázatban (6.3. táblázat) összefoglaltuk, hogy:

- melyek azok az ellátástípusok, amelyekről van adat, és bemutatjuk a tanulmányban (világosszürkével jelölve);
- melyek azok a területek, ahol van adat, de valamilyen ok miatt (pl. együttesen szerepel más szenvedélybetegséggel) nem tudjuk alkohol-bontásban bemutatni (középszürkével jelölve);
- melyek azok az ellátási területek, ahonnan nincs adat és nem tudunk arról, hogy lenne szisztematikus adatgyűjtés (sötétszürkével jelölve).

Továbbá a táblázatban feltüntettük, mely forrásból, intézménytől származnak az adatok. Az adatokat részben a KSH biztosította számunkra, részben a NEAK honlapjáról származnak, ahol publikusan elérhető adatok vannak.

**6.3. táblázat. Alkoholbetegek az ellátórendszerben ellátás típusa szerint: adatok forrása**

| | Forrás | Kitől? | Megjegyzés |
|---|---|---|---|
| **Egészségügyi pillér** | | | |
| Addiktológiai gondozó | OSAP 2088 Jelentés az addiktológiai betegek gondozásáról | KSH | |
| Pszichiátriai gondozó | OSAP 2086 A pszichiátriai gondozók jelentése | KSH | |
| Járóbeteg-szakellátás | NEAK[9] | NEAK | Alkohológia (kód 1811) és Alkohológia – pszichiátriai szakfeladat (kód Q43) |
| Felvőbeteg-ellátás: Pszichiátriai osztály | OSAP 2155 Jelentés a kórházi ápolási esetekről | KSH | |
| Fekvőbeteg-ellátás: Addiktológiai osztály | NEAK | NEAK[10] | Intézményi bontásban van adat, és nincs alkohol-bontásban |
| Sürgősségi betegellátás: Krízisintervenciós osztály | NEAK | NEAK[11] | Drog és alkohol együttesen szerepel |

[9] OSAP adat is létezik a járóbeteg-szakellátásra (OSAP 2159 Járóbeteg szakellátás betegforgalmi kimutatása), azonban mi a NEAK adatokat használtuk, ugyanis ahhoz volt hozzáférésünk.

[10] Adatok lásd itt: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/fekvobeteg_szakellatas_stat/korhazi_agyszam.html

[11] Adatok lásd itt: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/aladijak_telj_adatok.html (fekvő statisztika fül: „Drog és alkohol intoxikáció sürgősségi ellátása")

| | Forrás | Kitől? | Megjegyzés |
|---|---|---|---|
| **Szociális pillér** | | | |
| Bentlakásos rehabilitációs intézmény | OSAP 1202 „Kimutatás a tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények működési adatairól" | KSH | |
| Szociális szolgáltatások (nappali, közösségi ellátás, segélytelefon) | OSAP 1207 „Kimutatás egyes szociális alapszolgáltatásokról, nappali ellátást, valamint fejlesztő foglalkoztatást nyújtó intézmények adatairól"<br>OSAP 2257 „A támogatott lakhatás adatai"<br>Segélytelefon adatbázisa[12] | KSH | Szenvedélybetegség együttesen szerepel |
| Alacsonyküszöbű szolgáltatások (drop in) | | | Nincs adat |
| Önsegítő csoportok (AA) | | | Nincs adat |

Forrás: saját szerkesztés

6.4.1.1.4. Adatszolgáltatás intézményi háttere

Az OSAP és NEAK adatok hátteréről, az adatgyűjtés menetéről, valamint azok változásáról kevés információ áll rendelkezésre. 2018 óta az addiktológiai ellátórendszerre vonatkozó OSAP-adatgyűjtés szünetel, ami feltehetően a következő rendelkezésnek tudható be: *„A hivatalos statisztikáról szóló 2016. évi CLV. törvény (Stt.) rendelkezései átalakították az OSAP tartalmát, ezért 2018-as évtől újra strukturált és kibővült tartalommal jelenik meg az OSAP."*[13]

6.4.1.1.5. Az adatok minőségét befolyásoló tényezők

Mint minden makrostatisztikai adatnál, ez esetben is számos nehézséggel kell szembesülnünk, amikor fel szeretnénk tárni, hogy Magyarországon ténylegesen hány fő jelenik meg az ellátórendszerben alkoholprobléma miatt. Ennek több oka van.

– Definíciós nehézségek

Egyik nehézség a definíciós probléma: kit tekintünk alkoholbetegnek, ide tartoznak-e azok is, akik alkoholfogyasztás következtében kialakult betegség miatt kerülnek az ellátórendszerbe, és ide sorolhatjuk-e azokat, akik valamilyen pszichiátriai betegség miatt kerülnek az ellátórendszerbe?

[12] OKIT (Országos Kríziskezelő és Információs Telefonszolgálat), IMSZ (Ifjúságért Mentálhigiénés Szövetség), LESZ (Lelki Elsősegély Szolgálat) adatbázisa.

[13] Forrás: https://www.ksh.hu/ost_kiemelt_feladatok

– Az alkoholprobléma más diagnózissal való regisztrálása

Az alkoholistáknál nagyon gyakori a kettős vagy többszörös diagnózis, így az alkoholproblémával küzdők számának *„valós feltárását nehezíti, hogy a szenvedélybetegségek kezelése az egészségügyi rendszer több elemében is megjelenik* és *a felállított diagnózis gyakran más betegségeket helyez előtérbe vagy* éppen *fed el”* (Borda, 2018: 12).

– A regisztrálás folyamata

A helyzetet nehezíti továbbá az intézményeknél gyűjtött adatok megbízhatósága: mennyire pontosan regisztrálják az adatokat; az egészségügyi, szociális személyzet leterheltsége, adminisztrációs kapacitása stb.; az ellátórendszeren belül mely ellátási területen megjelent alkoholbetegekről szeretnénk adatokat gyűjteni.

– Az adatgyűjtés célja

Az adatgyűjtés célja is befolyásolhatja az adatok minőségét: a NEAK elsődlegesen finanszírozási célból gyűjti az adatokat, és az csak másodlagos, hogy ebből statisztikai regisztrátumok is születnek, ami szintén hatással lehet arra, hogy milyen adatok lesznek regisztrálva.

– Nem a probléma mértékének, az igénynek, hanem a kapacitásnak a tükrözése

Az adatok inkább nyújtanak információt az ellátórendszer kapacitásáról, mintsem arról, hogy ténylegesen hányan küzdenek alkoholproblémával. Az is befolyásolhatja az adatokat, hogy milyen igényekre szabottak a szolgáltatások (pl. inkább férfiakra, idősebbekre, ha több nők számára nyújtott szolgáltatás lenne, több nő jelenne meg az addiktológiai ellátórendszerben). Továbbá befolyásoló tényező lehet a társadalom alkoholfogyasztókkal szembeni attitűdje, alkoholpolitika stb.

### 6.3.2. Az egészségügyi ellátórendszer adatai

#### *6.3.2.1. A járóbeteg-szakellátás adatai*

A járóbeteg szakellátáson belül két szakmacsoportra vonatkozóan vannak adatok: Alkohológia (kód 1811) és Alkohológia – pszichiátriai szakfeladat (kód Q43).[14] Az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről szóló 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet 2. sz. mellékletének módosítása 2012. június 1-én lépett ha-

[14] Arra vonatkozóan nincs információnk, hogy ez a két kód milyen.

tályba, amely értelmében az Alkohológia 1811 kódot megszüntették és Addiktológia 1801 kód alatt vezették tovább. Ennek tudható be, hogy az Alkohológia 1811 kódról 2014-től kezdve nem állnak rendelkezésre adatok.

Az alábbi ábrán (6.1. ábra) megfigyelhető ugrásokra – mint például 2001-re az Alkohológia 1811 esetszámok drasztikus csökkenésére vagy az Alkohológia Q43 2001-es nyilvánvalóan téves esetszámra (1 eset) – más szakértők sem tudtak magyarázatot adni.

Összességében azt láthatjuk, hogy a járóbeteg szakellátás adatai csökkenő tendenciát mutatnak az elmúlt 20 évben (6.1. ábra). Az összes esethez viszonyítva a járóbeteg-ellátásban megfordult alkoholos esetek számában szintén csökkenő tendencia figyelhető meg 2003 és 2020 között, azonban a köztes időszak meglehetősen hullámzóan alakult, hol növekedés, hol pedig csökkenés volt tapasztalható (6.2. ábra).

**6.1. ábra. Alkohológia (kód 1811) és Alkohológia – pszichiátriai szakfeladat (kód Q43) járóbeteg szakellátásban regisztrált esetszám,[15] 1999–2020[16]**

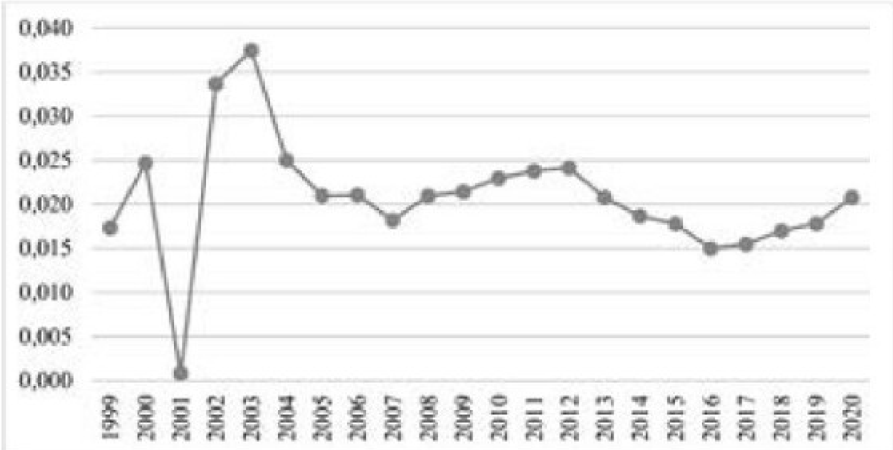



Forrás: NEAK, saját szerkesztés

[15] 1999 és 2007 között megjelenési esetszámnak nevezték, 2008 és 2020 között elszámolt esetszámnak, de a két fogalom ugyanazt takarja, így az adatokat össze lehet vetni.

[16] Adatok forrása 1999–2007: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/jarobeteg_szakellatas_publikos_informacioi.html, 2008–2020: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/aladijak_telj_adatok.html

**6.2. ábra. Alkohológia (kód 1811) és Alkohológia – pszichiátriai szakfeladat (kód Q43) járóbeteg szakellátásban regisztrált esetszám az összes eset[17] százalékában, 1999–2020 (%)**




Forrás: NEAK, saját szerkesztés

### *6.3.2.2. Addiktológiai és pszichiátriai gondozók adatai*

A nyilvántartott alkoholista[18] (KSH hivatalos elnevezése) alatt azt a személyt értjük, aki alkoholizmusa miatt addiktológiai vagy pszichiátriai kezelésben vagy gondozásban részesült, s az év folyamán legalább egyszer megjelent a rendelésen.

A nyilvántartott alkoholisták és a tízezer lakosra jutó nyilvántartott alkoholisták száma jellemzően csökkenő tendenciát mutat 1997 és 2012 között, majd 2017-ig egy enyhe növekedés figyelhető meg (6.3. és 6.4. ábra).

A kilencvenes évek végén több mint háromszor annyi alkoholistát tartottak számon, mint 2009-ben. 2009 és 2012 között jellemzően tovább csökkent a regisztrált alkoholisták száma, majd 2012 és 2016 között, úgy tűnik, növekedésnek indult az ellátásba került alkoholista betegek száma.

A csökkenés hátterében az állhat, hogy a rendszerváltást követően sorra zártak be az alkoholbetegeket ellátó intézmények (Ritter 2020). A kilencvenes évektől kezdve azonban jelentős fejlődésnek indult az addiktológiai ellátórendszer, korszerűsödtek a járóbeteg-ellátó intézmények, valamint sorra alakultak az alkohológiai, addiktológiai fekvőbeteg-osztályok és mindemellett

[17] Az összes eset alatt a járóbeteg-szakellátás összes esetét értjük.
[18] Definíciók forrása: KSH: https://www.ksh.hu/docs/hun/modsz/modsz24.html

megmaradtak a vegyes – pszichiátria és addiktológia – osztályok is (Kassai–Rácz, 2022; Ritter, 2020). Azonban az ellátóhálózat bővülése és korszerűsödése nem tudott lépést tartani az alkoholmorbiditás növekedésével:[19] az ellátórendszer a 70-es évek előtti szintre esett vissza, ami a statisztikai adatokban is megnyilvánul – jelentősen visszaesett az ellátórendszerben alkoholprobléma miatt megjelent kliensek száma (Ritter, 2020).

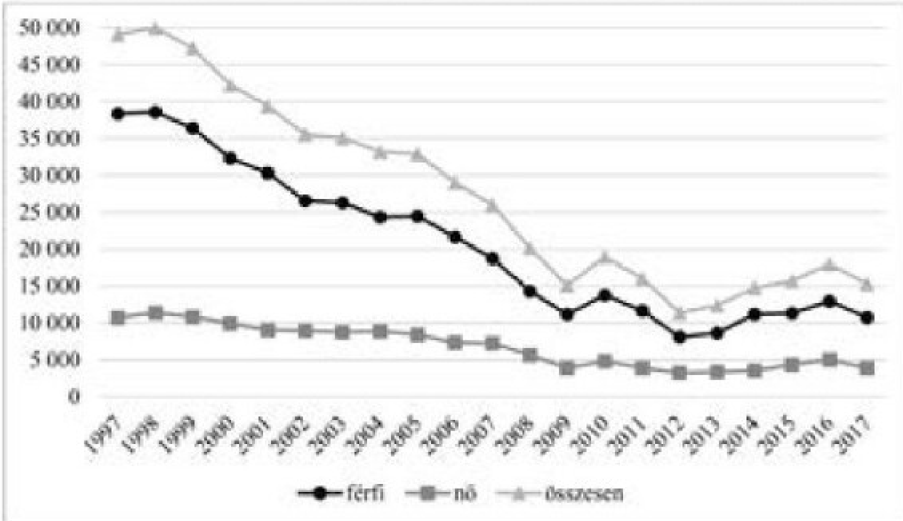
Ehhez a nagymértékű csökkenéshez hozzájárulhat az is, hogy 2009 decemberében megváltoztatták az addiktológiai és pszichiátriai gondozók finanszírozási szabályait:[20] a pszichiátriai gondozók bázisfinanszírozását a felére csökkentették, miközben a kompenzációként elszámolható tevékenységek alapjául szolgáló ambuláns pontok közül egyszerűen kimaradtak a pszichiátriai gondozók által végzett tevékenységek, vagy alulfinanszírozottá váltak (Ritter 2020).

A nemek közötti különbségeket vizsgálva, 1997 óta nem volt változás abban, hogy a férfiak nagyobb arányban jelennek meg alkoholprobléma miatt az ellátórendszerben (6.3. ábra). A férfiak és nők egymáshoz viszonyított arányában azonban változás észlelhető. Míg 1998-ban 3,5-ször annyi férfi alkoholbeteget regisztráltak az ellátórendszerben, addig 2017-ben valamelyest kisebb különbséggel, 2,5-ször volt nagyobb a férfiak aránya. Ez azt jelzi, hogy a nők is egyre nagyobb arányban vannak jelen alkoholprobléma miatt az ellátórendszerben. Mi lehet az oka ennek? Erre több magyarázat is lehetséges: régen is nagyobb számban voltak alkoholproblémával küzdő nők, azonban mivel inkább jellemző rájuk a probléma fel nem vállalása a társadalmi nyomás hatására, így a nők kevésbé mernek segítséget kérni. Lehetséges, hogy ebben történt változás az elmúlt 20 évben, és a nők ma már inkább merik felvállalni alkoholproblémájukat, és inkább mernek segítséget kérni, mint régen. Másik lehetséges magyarázat, hogy az ellátórendszerben történt változás (szolgáltatás bővülése, újabb terápiás lehetőségek, kifejezetten nőknek szóló terápia stb.) okán került be nagyobb arányban női kliens alkoholprobléma miatt. Harmadrészt pedig lehet, hogy valóban jelenleg nagyobb arányban vannak alkoholisták a nők körében, mint korábban.

[19] Beszámoló az Országos Addiktológiai Intézet 1995. évi tevékenységéről. *Network*, 1996/3. Idézi: Ritter, 2020.

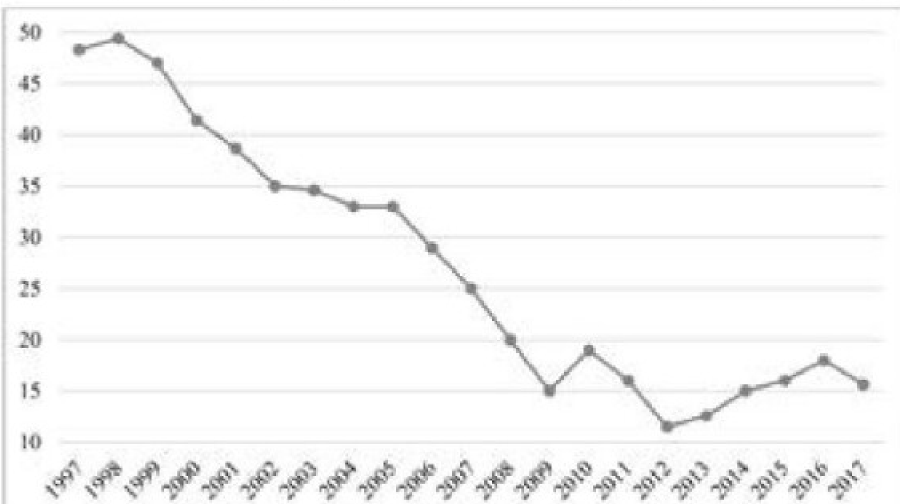
[20] Forrás: http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/segitsegert_kialt_a_pszichiatria. Idézi: Ritter, 2020.

**6.3. ábra. Nyilvántartott alkoholisták száma Magyarországon, nemi bontásban (1997–2017)**




Forrás: KSH, OSAP 2086, 2088, saját szerkesztés

**6.4. ábra. Tízezer lakosra jutó nyilvántartott alkoholista Magyarországon (1997–2017)**




Forrás: KSH, OSAP 2086, 2088, saját szerkesztés

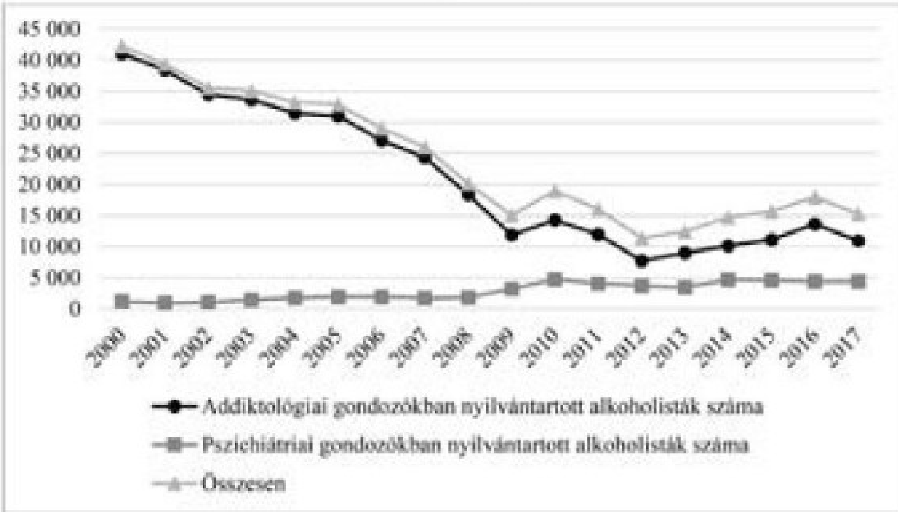
A nyilvántartott alkoholisták jelentős részét az addiktológiai ellátórendszerben nyilvántartott alkoholisták teszik ki az összes vizsgált évben, azonban az elmúlt években egyre több alkoholbeteget regisztrálnak a pszichiátriai gondozókban is (6.5. ábra). Az addiktológiai gondozókban regisztrált alkoholbetegek száma csökkent az elmúlt 20 évben, a pszichiátriai gondozókban alkoholprobléma miatt regisztrált beteg száma viszont 2008-ig jellemzően nem változott, majd 2009-re közel kétszeresére nőtt az alkoholprobléma miatt kezelésben megfordult kliensek száma. Azaz míg az addiktológiai gondozókban egyre kevesebb, addig a pszichiátriai gondozókban egyre több beteget regisztráltak alkoholprobléma miatt.

Ennek magyarázata lehet egyrészt, hogy a 2000-es években kevésbé regisztráltak a pszichiátriai gondozókban olyan beteget, aki alkoholprobléma miatt kereste fel a gondozót, és inkább csak a pszichiátriai kórkép került be a rendszerbe, később viszont kevésbé bújtatták el más kórkép mögé az alkoholklienseket, és alkoholproblémával (is) regisztrálták. Másrészt az ellátás elérhetőségének a változása is magyarázat lehet a jelenségre: feltehetően azokban a térségekben növekszik a pszichiátriai gondozóknál megfordult alkoholbetegek száma, ahol az addiktológiai ellátórendszer kevésbé elérhető[21] és/vagy korlátozott kapacitással működik.

Egy nemrégiben készült tanulmány sem talált igazán magyarázatot arra, hogy miért csökkent az addiktológiai gondozókban nyilvántartott alkoholisták száma: *„a járóbeteg-ellátásban az addiktológiai gondozók jelentik az alkoholbeteg-ellátás gerincét, noha forgalmuk évről évre csökken, még úgy is, hogy közben drogfogyasztókat is ellátnak. A csökkenés oka nem ismert.”* (Rácz–Kassai, 2022: 58.)

[21] A NEAK honlapján nem elérhetőek arról adatok, hogy az addiktológiai ellátórendszer elérhetősége, kapacitása hogyan változott az elmúlt években térségi bontásban, továbbá a pszichiátriai gondozóknál megforduló alkoholbetegek regionális adatai sem állnak rendelkezésre, így ezt a hipotézist adatok mentén nem tudjuk tesztelni.

**6.5. ábra. Addiktológiai és pszichiátriai gondozókban[22] nyilvántartott alkoholisták száma Magyarországon (2000–2017)**

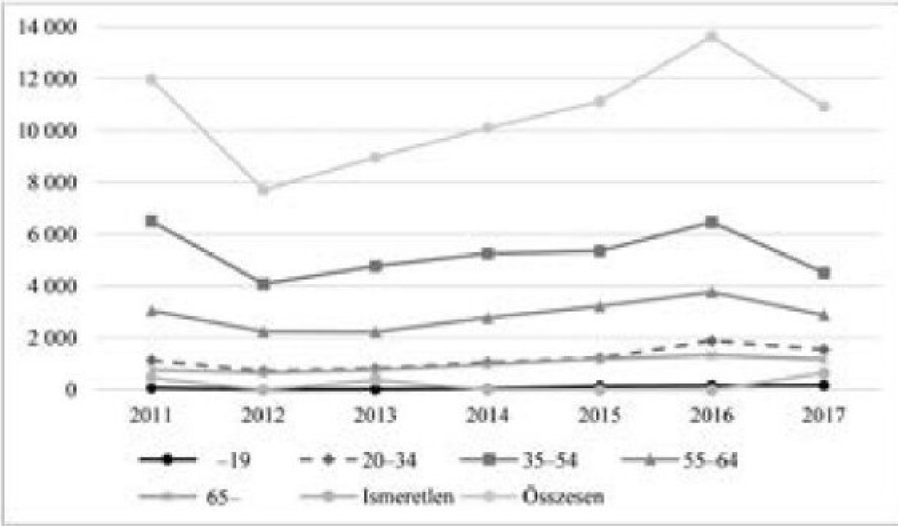



Forrás: KSH, OSAP 2086, 2088, saját szerkesztés

Az addiktológiai gondozókban megfordult alkoholbetegek korcsoport szerinti megoszlását tekintve azt láthatjuk, hogy a 2011–2017-es időszakban mindvégig legnagyobb számban a 35–54 évesek fordulnak meg az ellátórendszerben, ezt követően legtöbben az 55–64 éves korosztályból kerülnek ki (6.6. ábra). Legkevesebben a legfiatalabb és a legidősebb korosztály tagjai közül keresik fel az addiktológiai gondozókat.

[22] Gondozóintézeti nyilvántartottak: a gondozóintézetekben az év végén nyilvántartottak adataival kapcsolatos arányszámokat 1999-től a következő év eleji népesség számaival számítjuk. Az adatok forrása: OSAP 2086 A pszichiátriai gondozók jelentése; OSAP 2088 Jelentés az addiktológiai betegek gondozásáról. Forrás: https://www.ksh.hu/docs/hun/modsz/modsz24.html

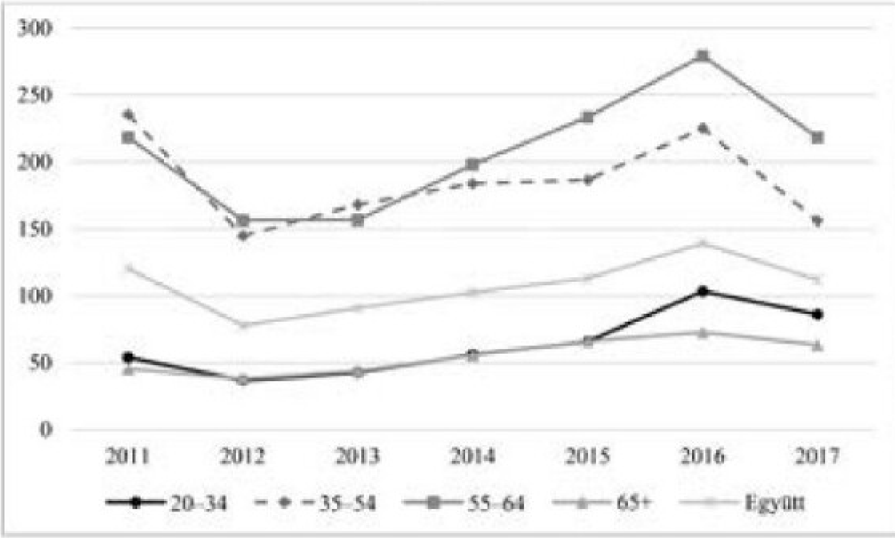
**6.6. ábra. Addiktológiai gondozókban nyilvántartott alkoholisták száma korcsoport szerint, 2011–2017**




Forrás: KSH, OSAP 2088, saját szerkesztés

A százezer azonos korú lakosra jutó gondozott beteg alkoholista száma korcsoport szerint azt jelzi, hogy az 55–64 éveseken belül vannak legnagyobb arányban alkoholbetegek, ezt követően a 35–54 évesek, majd a 20–34 évesek körében (6.7. ábra). Mindez azt mutatja, hogy legnagyobb számban 35–54 évesek keresik fel az addiktológiai gondozót, de a teljes népesség azonos korcsoportjához viszonyítva leginkább az 55–64 éves korosztály érintett a 2011 és 2017 közötti adatok szerint.

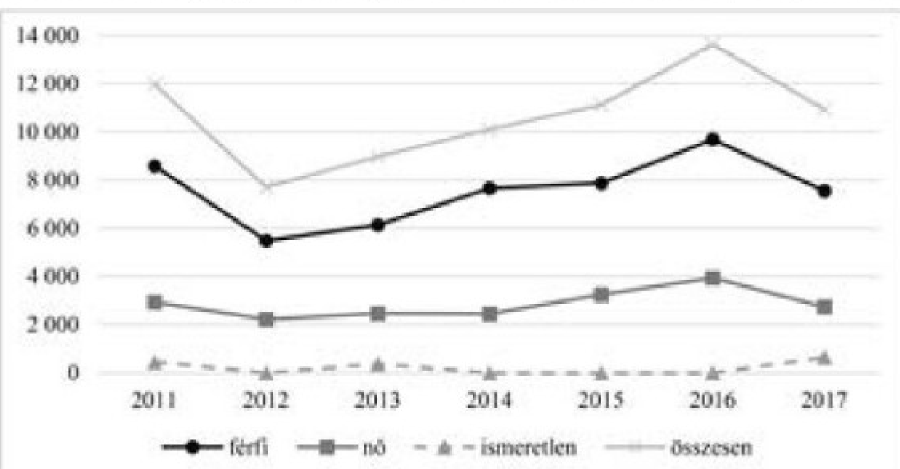
**6.7. ábra. Százezer azonos korú lakosra jutó gondozott alkoholista korcsoport szerint, 2011–2017**




Forrás: KSH, OSAP 2088, saját szerkesztés

Az addiktológiai gondozókban 2011 és 2017 között mindvégig nagyobb számban vannak a férfiak, mint a nők (értelemzést lásd korábban) (6.8. ábra).

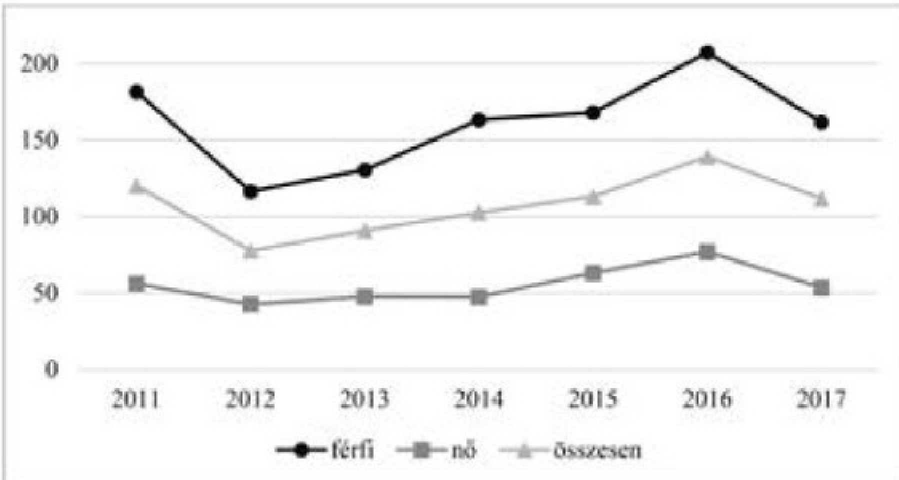
**6.8. ábra. Addiktológiai gondozóban nyilvántartott alkoholisták száma nem szerint, 2011–2017**




Forrás: KSH, OSAP 2088, saját szerkesztés

Ha a százezer azonos korú lakosra jutó alkoholbeteget vizsgáljuk nemi megoszlásban, akkor a korábbiakhoz hasonló eredményt kapunk: az azonos korú népességen belül nagyobb számban keresik fel a férfiak az addiktológiai gondozót alkoholprobléma miatt, mint a nők (6.9. ábra).

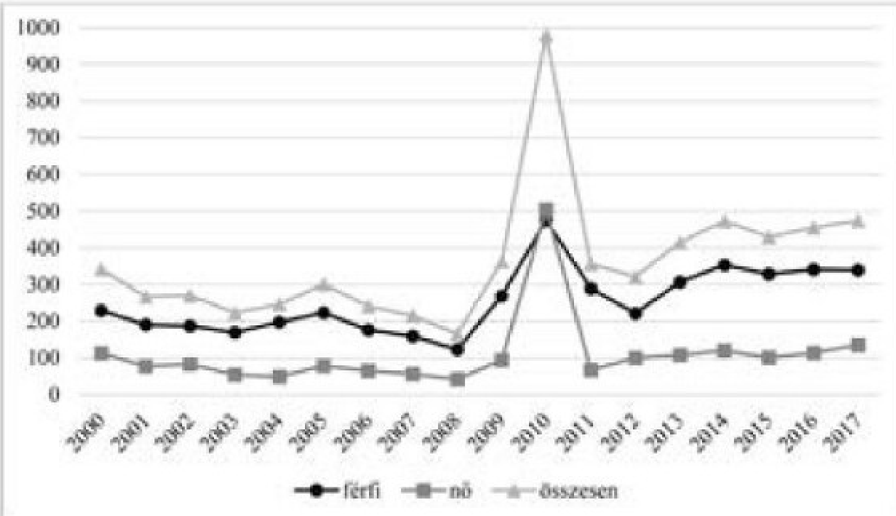
**6.9. ábra. Százezer azonos korú lakosra jutó gondozott alkoholista nem szerint 2011–2017**




Forrás: KSH, OSAP 2088, saját szerkesztés

A pszichiátriai gondozókban alkoholos pszichózis miatt nyilvántartott betegek nemi megoszlását vizsgálva a korábbi nemi tendenciák figyelhetők meg: inkább a férfiakra jellemző az alkoholos pszichózis (6.10. ábra). 2010-ben megfigyelhető egy nagyobb ugrás, amikor mind a férfiak, mind a nők körében megugrik az alkoholos pszichózissal kezeltek száma. Sőt, a nők körében nagyobb mértékben ugrik meg, ezzel elérve az alkoholos pszichózisban szenvedő férfiak számát. A 2010-es kiugrás hátterében nem tudjuk, mi állhat, és más szakértők sem tudják a növekedés okát.

**6.10. ábra. A pszichiátriai gondozókban alkoholos pszichózis miatt nyilvántartott betegek nemi bontásban, 2000–2017**




Forrás: KSH, OSAP 2086, saját szerkesztés

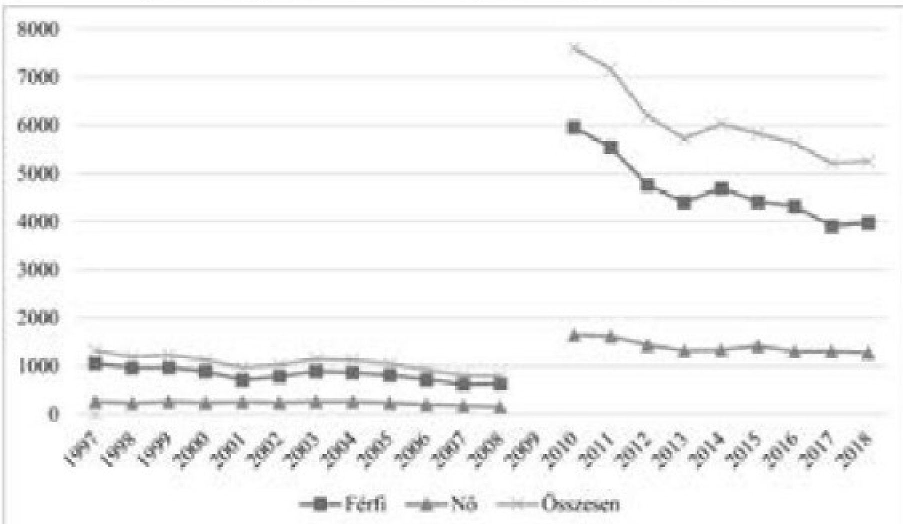
*6.3.2.3. A fekvőbeteg-ellátás adatai*

Az alkoholprobléma miatt a fekvőbeteg ellátásban megjelentek közül a pszichiátriai osztályokról vannak adatok. 2010-től eseteket, míg az előtte lévő időszakban betegeket rögzítettek, így a 2010 utáni időszakra vonatkozó adatokat nem lehet összevetni a 2008 előttiekkel. 2009-re vonatkozóan nincs adat, a 2008-as adatok jelentek meg a 2009-es évkönyvben is. Valószínűleg akkor került sor a módszertani változásra, amikor nem a betegek számát, hanem az esetek számát gyűjtötték. Nem tudjuk, mi az oka, hogy 2009-ben nem áll rendelkezésre adat, illetve arra sem tudjuk a választ, hogy 2010-től miért tértek át a betegek regisztrálásáról az esetek regisztrálására.

A pszichiátriai osztályokon 1997 és 2008 között közel felére csökkent az alkoholprobléma miatt kezeltek száma, és összességében ebben az időszakban egy folyamatos csökkenő tendenciának lehetünk a tanúi (6.11. ábra). A csökkenés hátterében az állhat, hogy azokat is regisztrálták, akiknél az alkohol társprobléma volt, és elsődlegesen mentális probléma miatt kerültek be, majd később lehet, hogy változás volt a regisztrálás tekintetében, és a társproblémát már nem regisztrálták, csak azt, ha valaki elsődlegesen alkoholprobléma miatt került be a pszichiátriai osztályra.

A kezelt esetek számának 2010-es drasztikus növekedése a módszertani változásnak tudható be, azonban ilyen mértékű növekedést nem okozhat a betegszámról esetszámra való átállás, így feltehetően más, általunk nem ismert tényező is szerepet játszhat a növekedés hátterében (6.11. ábra). 2010 és 2018 között egy folyamatos csökkenő tendencia figyelhető meg az alkoholfüggőség miatt kezelt esetek számában. A csökkenés leginkább a férfiaknak köszönhető, tekintettel arra, hogy a nők aránya nem változott jelentős mértékben 2010 és 2018 között. A járóbeteg-ellátáshoz hasonlóan a férfiak nagyobb arányban fordulnak meg alkoholprobléma miatt a pszichiátriai osztályokon is.

**6.11. ábra. Pszichiátriai osztályokon alkoholabúzus és -függőség miatt kezeltek száma (1997–2008) / kezelt esetek száma (2010–2018) nemi bontásban[23]**



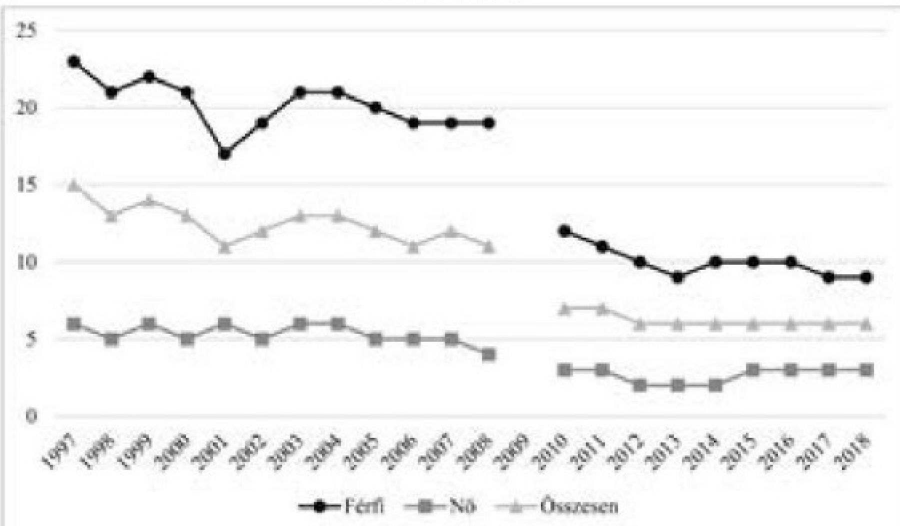

Forrás: KSH, OSAP 2155, saját szerkesztés

[23] A NEAK honlapján is szerepelnek fekvőbeteg ellátásra vonatkozó adatok: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/aladijak_telj_adatok.html, azonban ez nem egyezik meg a KSH által küldött pszichiátriai osztályos alkoholabúzus-esetszámokkal, amik sokkal magasabbak. Továbbá a linken szerepelnek 2009-es adatok is, illetve 2008-ban is esetszám és nem betegszám van feltüntetve. A különbség feltehetően abból fakad, hogy az aktív fekvőbeteg-szakellátási teljesítmények szerepelnek a NEAK-nál, míg az évkönyvben, amelyet a KSH küldött, az aktív és krónikus ellátások együttesen található meg.

Ha a pszichiátriai osztályokon ellátott összes eset százalékában vizsgáljuk az alkoholprobléma miatt pszichiátriai osztályokon kezelteket, akkor szintén egy csökkenő tendencia figyelhető meg 1997 és 2008 között (6.12. ábra). Míg 1997-ben az összes eset 15%-a volt alkoholproblémával összefüggésbe hozható, addig ez az arány közel 10%-ra csökkent 2008-ra.

A férfiak nagyobb arányban fordultak meg alkoholprobléma miatt a pszichiátriai osztályokon az összes esethez viszonyítva, mint a nők. 2010-től – mikor már nem a betegek, hanem az esetek számát rögzítették – alacsonyabb lett az alkoholfüggőség miatt kezeltek aránya az összes esethez viszonyítva. 2013-tól jellemzően 6%-on stagnál az alkoholfüggőség miatt kezelt esetek aránya az összes eseten belül.

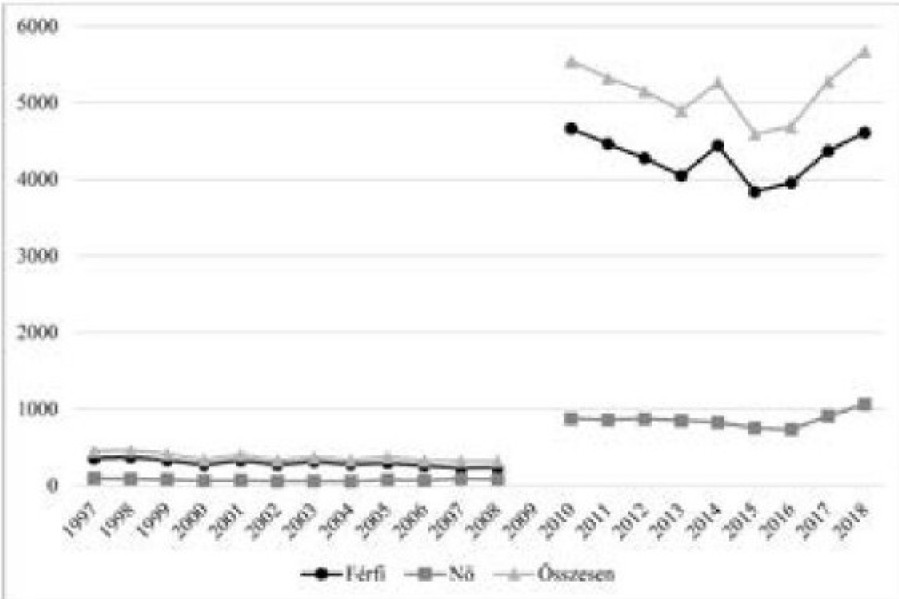
**6.12. ábra. Pszichiátriai osztályokon alkoholabúzus és -függőség miatt kezeltek száma (1997–2008) / kezelt esetek száma (2010–2018) az összes kezeltek száma/eset százalékában, nemi bontásban**




Forrás: KSH, OSAP 2155, saját szerkesztés

Az alkoholos pszichózis számában szintén enyhe csökkenő tendencia figyelhető meg 1997 és 2008 között, leginkább a férfiakra esetében (6.13. ábra). 2010-et követően a módszertani váltás miatt figyelhető meg nagyobb ugrás az adatokban. 2010 és 2015 között csökkenő (kivéve 2014-es kiugrást), majd ezt követően növekvő tendencia figyelhető meg. Ez esetben is a férfiak körében történt változás határozta meg az adatok alakulását, a női esetekben nem mutatkozik markáns változás a vizsgált időszakban.

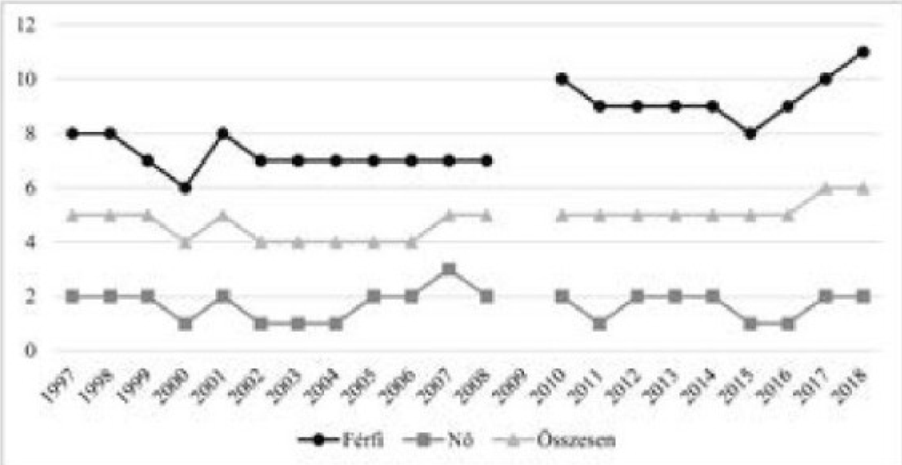
**6.13. ábra. Pszichiátriai osztályokon alkoholos pszichózissal kezeltek száma (1997–2018) / kezelt esetek száma (2010–2018) nemi bontásban**




Forrás: KSH, OSAP 2155, saját szerkesztés

Ha az összes eset százalékában nézzük az alkoholpszichózis-klienseket 1997 és 2008 között, akkor markáns eltérés nem tapasztalható (6.14. ábra). 2010-et követően a fenti ábrához hasonló tendencia figyelhető meg.

**6.14. ábra. Pszichiátriai osztályokon alkoholos pszichózis miatt kezeltek száma (1997–2018) / kezelt esetek száma (2010–2018) az összes kezeltek száma/eset százalékában, nemi bontásban**




Forrás: KSH, OSAP 2155, saját szerkesztés

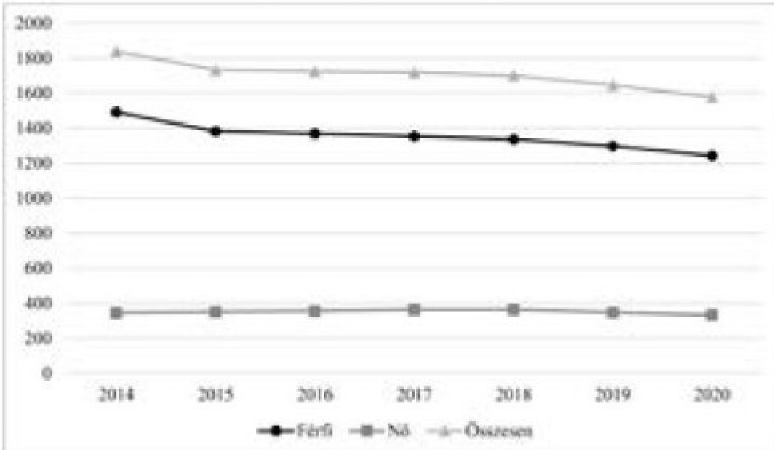
### 6.3.3. A szociális ellátórendszer adatai

Az alkoholabúzus és -függőség miatt kezelt betegek száma a tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben valamelyest csökkent 2014 és 2020 között (6.15. ábra, lásd a következő oldalon). A nemi különbség a vizsgált időszakban végig megfigyelhető: átlagban közel négyszer annyi férfi fordult meg alkoholfüggőséggel bentlakásos intézményben, mint nő.

Az elmúlt hat évben nem történt jelentős változás az alkoholabúzus és -függőség miatt kezelt betegek arányában az összes eset[24] százalékában: legnagyobb arányban, az összes eset 85%-ában, alkoholprobléma miatt kerültek tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekbe (6.16. ábra, lásd a következő oldalon).

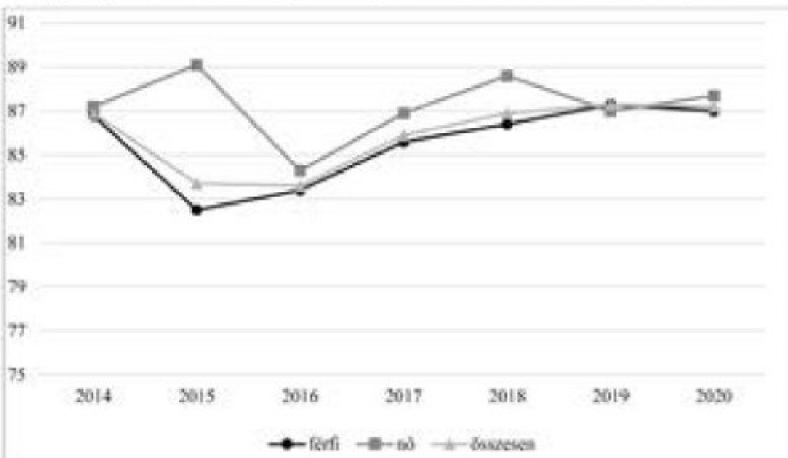
[24] Az összes esetbe tartozik: alkoholabúzus, -függőség; drog- (gyógyszer-) abúzus és -függőség; kóros játékszenvedély; egyéb szenvedélybetegség; nincs szenvedélybetegsége.

**6.15. ábra. Alkoholabúzus és -függőség miatt kezelt betegek száma a tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben[25] 2014–2020**




Forrás: KSH, OSAP 1202, saját szerkesztés

**6.16. ábra. Tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben alkoholabúzus és -függőség miatt kezelt betegek aránya az összes eset[26] százalékában (2014–2020)**




Forrás: KSH, OSAP 1202, saját szerkesztés

[25] Adatszolgáltatók köre: szenvedélybetegek átmeneti otthona, szenvedélybetegek otthona, szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye, szenvedélybetegek rehabilitációs lakóotthona.

[26] Az összes esetbe tartozik: alkoholabúzus, -függőség; drog- (gyógyszer-) abúzus és -függőség; kóros játékszenvedély; egyéb szenvedélybetegség; nincs szenvedélybetegsége.

## 6.4. TDI-ADATOK: AZ ALKOHOL-TÁRSPROBLÉMA MEGJELENÉSÉNEK MINTÁZÓDÁSA A KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT KAPCSÁN KEZELÉSBE VONT POPULÁCIÓBAN[27]

### 6.4.1. Az adatgyűjtés intézményi háttere

A TDI-adatgyűjtés egy, a problémás szerhasználó populáció egyik szeletét, az ellátórendszerrel kapcsolatba kerülő szerhasználók megragadását célzó rutin adatgyűjtés. A TDI-adatgyűjtés 2007 óta szolgáltat adatokat a hazai egészségügyi és szociális szolgáltatóknál kezelést kezdő kábítószer-használókról. Az adatgyűjtést 2017-ig az Országos Addiktológiai Centrum, 2017 óta a Nemzeti Drog Fókuszpont végzi. A kábítószer-használatból eredő problémával kezelést kezdő kliensekről a kezelési folyamat elején (a protokoll javaslata szerint a 2–3. találkozás alkalmával) szükséges felvenni egy, a kliens szociodemográfiai és szerhasználati jellemzőire vonatkozó, személyazonosításra nem alkalmas adatokat tartalmazó kérdőívet, és azt rögzíteni az adatgyűjtés online felületére.[28] Az adatokat naptári évenként összesítve szűri és elemzi a Nemzeti Drog Fókuszpont az európai protokoll (EMCDDA, 2000) és az EMCDDA által meghatározott további jelentési követelmények alapján. Az európai tagállamok között számos esetben eltérő a szekunder szerekről (definíciót lásd később) történő adatgyűjtés (definíciós vagy módszertani különbségek miatt), vagy nem rögzítik a kliensek másodlagos szerét. Emiatt nemzetközi összehasonlításra nem nyílik mód.

### 6.4.2. Definíciók

Az adatgyűjtés európai protokolljának (EMCDDA 2000) definíciói alapján az adatgyűjtés kifejezetten a kábítószer-használatból (beleértve a klasszikus kábítószerek mellett a gyógyszerek visszaélésszerű használatát, valamint az új pszichoaktív szerek / dizájnerdrogok használatát) eredő problémák kapcsán igényelt kezelési, ellátási beavatkozásokra fókuszál. Az alkoholprobléma kizárólag mint társprobléma jelenik meg az adatgyűjtés által lefedett esetekben, valamilyen kábítószer-használat mint főprobléma mellett. Kábítószer-problémával kapcsolatos kezelésnek az európai definíció az olyan tevékenysége(ke)t tekinti, amelyek közvetlenül célozzák azon személyeket, akik számára problé-

[27] A 6.4. fejezet szerzője: Péterfi Anna.

[28] Egyes szolgáltatók esetében a kórházi szoftverből lekért export kerül importálásra az online felületen, nem esetenként történik az adatfelvétel az adatbázisba.

mát jelent kábítószer-használatuk, és amelyek előre meghatározott célok elérésére törekszenek e problémák csökkentésére vagy megszüntetésére. További szempont, hogy ezeket a beavatkozásokat képzett és akkreditált szakemberek nyújtsák az egészségügyi, szociális és pszichológiai segítségnyújtás nemzeti szinten meghatározott szakmai követelményei mentén. A gyakorlatban, a magyar ellátórendszerre lefordítva, ez elsősorban az egészségügyi ellátások közül a járó és fekvőbeteg addiktológiai ellátási formákat, a szenvedélybeteg szociális alapszolgáltatások közül a közösségi ellátás, valamint a bennfekvéses szenvedélybeteg-ellátási formákat, továbbá az úgynevezett elterelés keretében igénybe vehető megelőző-felvilágosító szolgáltatást fedi le.

Az adatgyűjtés alapegysége a kezelési epizód, mely a beavatkozás(ok) teljes folyamatát jelenti az állapotfelméréstől és a célok meghatározásától kezdődően egészen azok eléréséig vagy a kliens a kezelési folyamatból egyéb okból való kieséséig. Az alábbiakban megjelenő adatsorokban kétféle szűrést alkalmazunk: (1) a 2008 és 2019 közötti 12 évben megjelenő összes klienst bemutató adatsorok esetében minden kliens egyszer jelenik meg az adatokban, és abban az esetben, ha egy személy többször kezdett kezelést a vizsgált periódusban, az utolsó kezelési folyamat kapcsán felvett adatai szerepelnek csak; (2) a TDI-adatokat éves bontásban bemutató adatsorok esetén egy kliens évente egyszer jelenik meg – vagyis a többszöri megjelenés éves szinten kerül kiszűrésre, de ugyanaz a kliens a különböző években újra és újra megjelenhet.

Az alábbi elemzésben bemutatott adatok szempontjából lényeges két meghatározás: az elsődleges szer és a másodlagos szerek. Primer, azaz elsődleges szernek azt tekinti az adatgyűjtési protokoll, amelynek használata azonosíthatóan a legfőbb problémát jelenti a kezelésbe jelentkező szerhasználó számára. Itt, ahogy a fentiekben jeleztük, kizárólag kábítószerek (beleértve az az új pszichoaktív szereket) és az altatók és nyugtatók jelölhetők meg az adatgyűjtés fókuszából eredően. Az elsődleges szer mellett szekunder, azaz másodlagos szerek is megjelölhetők, vagyis olyan szerek, melyek használata, az elsődleges szernél kisebb mértékben, de hozzájárul a problémához, mely kapcsán a kliens kezelést igényel. Az adatgyűjtés szabályai szerint legfeljebb 4-szer jelölhető meg másodlagos szer, köztük az alkohol és a nikotin.

Az adatgyűjtés jogszabályi kötelezettség alapján működik, és kizárólag személyazonosításra nem alkalmas adatok felvételére kerül sor. A többszöri megjelenés kiszűrésére egy anonim kódot rögzítenek a szolgáltatók, mely a kliens születési nevének, édesanyja leánykori nevének és születési dátumának meghatározott karakterei mentén generálódik. Ez a kód teszi lehetővé, hogy kiszűrhető legyen, ha egy kliens egy éven belül többször jelenik meg kábítószer-használatból fakadó kezelési igénnyel az országban egy vagy több szolgáltatónál.

A tanulmányban a 2008 és 2019 között elsődlegesen kábítószer-használatból eredő problémával kezelést kezdőket vizsgáljuk, azonban az egyszerűség kedvéért kezelést kezdőkként hivatkozunk rájuk.

### 6.4.3. Adatbázis

A TDI-adatokat a Nemzeti Drog Fókuszpont kezeli. A hazai TDI-adatgyűjtés 2007 óta működik, azonban a 2007-es év egy bevezető év volt, amibe a később bevont szolgáltatóknak csupán kis része jelentett adatot, így a trendek vizsgálatára a 2008-as évvel kezdődően nyílik mód. Az elemzés elkészítésének pillanatában rendelkezésre álló legfrissebb adatok a 2019-es év adatai, így az alábbi elemzésben a 2008 és 2019 közötti évek adatai kerülnek bemutatásra. A duplikációszűrés, az EMCDDA számára készülő jelentésekhez hasonlóan, éves szinten történik az adatbázisban, így az egyes éveken belül egy kliens csak egyszer szerepelhet az adatokban, míg a teljes vizsgálati időszakra vonatkozó összegzésekben előfordulhat, hogy egy-egy kliens többször jelenik meg a különböző években.

### 6.4.4. Adatok minőségét befolyásoló tényezők

E rutin adatgyűjtés minőségének egyik legfontosabb meghatározója a lefedettség. A hazai TDI-adatgyűjtés lefedettségének meghatározása rendkívül nehézkes. Mivel mind az egészségügyi, mind a szociális területen alkalmazott beavatkozási, ellátási kategóriák szélesebbek, és lefedik az alkoholproblémákkal küzdők ellátását, illetve az egyéb szenvedélybetegségek kapcsán nyújtott beavatkozásokat is, így pontosan nem meghatározható az adatgyűjtés definíciója által érintett szolgáltatók száma. Szakértői becslésünk szerint a járó típusú egészségügyi és szociális ellátások vonatkozásában közepes az intézményi lefedettség (30–70% közé tehető éves szinten), ugyanakkor mivel az adatgyűjtésben részt vesznek a drogambulanciák és a legjelentősebb ellátók többsége, a kliensek szempontjából becslésünk szerint magasabb az intézményi lefedettségnél, ugyanakkor még így is a közepes tartományba esik (30–70% közé tehető éves szinten) az ezen szolgáltatásokban kezelést kezdők lefedettsége. A fekvőbeteg-típusú egészségügyi és szociális (szak)ellátások esetében lényegesen alacsonyabb lefedettségről beszélhetünk – itt mind az intézményi, mind a klienslefedettség alacsony (0–30% között mozog éves szinten). Éves szinten összesen 70–100, az adatgyűjtési definíciónak megfelelő ellátó jelent adatokat

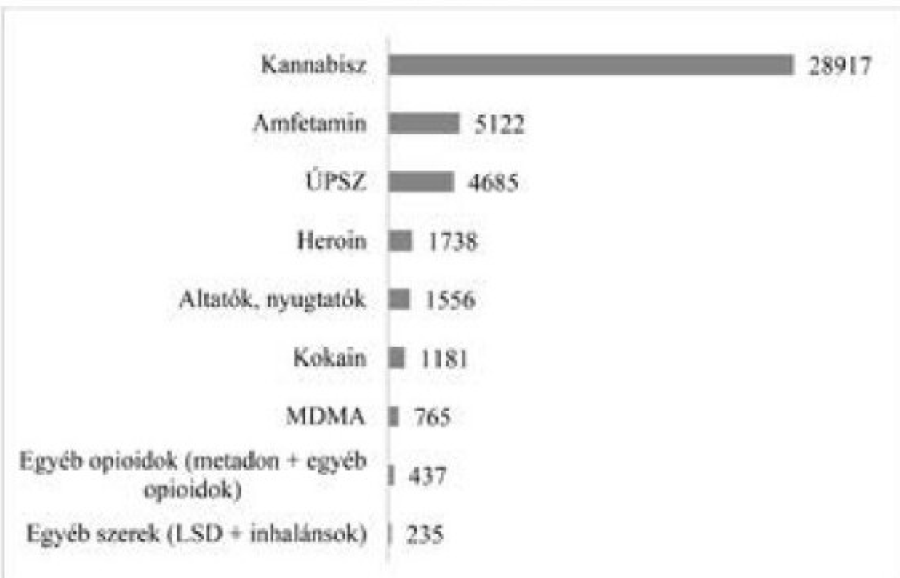
kezelésbe vett kliensről, emellett további 15–25 nullás jelentés érkezik olyan szolgáltatóktól, akik definíció szerint érintettek az adatgyűjtésben, de az adott évben nem láttak el jelenthető klienst.

### 6.4.5. A vizsgált populáció összetétele

2008 és 2019 között összesen 44 636 kliens kezdett kezelést elsődlegesen kábítószer-problémájából adódóan a TDI-adatgyűjtésben részt vevő, összesen 136 egészségügyi, szociális ellátó és ún. megelőző-felvilágosító szolgáltatást nyújtó egységben.

A vizsgált 12 évben kezelést kezdők körében legtöbben elsődlegesen kannabiszproblémából adódóan kezdtek kezelést, ezt követte az amfetamin és az új pszichoaktív szerek miatt történő kezelésbe lépés (6.17. ábra).

**6.17. ábra. A 2008 és 2019 között kezelésbe lépők elsődleges szer szerinti megoszlása (fő; N = 44 636)**

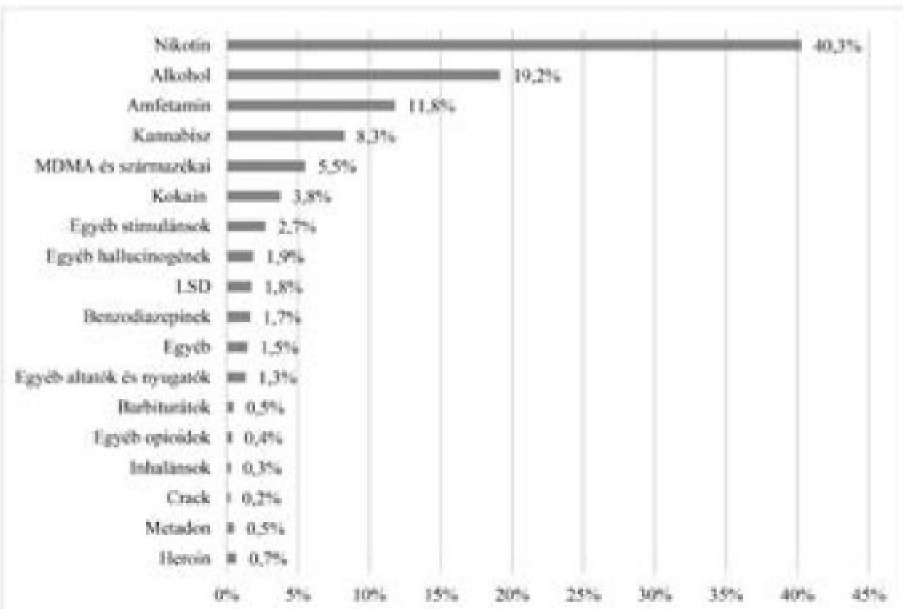



ÚPSZ (új pszichoaktív szerek): egyéb stimuláns, egyéb hallucinogén és egyéb, be nem sorolható szerek összevonásával
Forrás: TDI-adatgyűjtés

A szerhasználati jellemzők leírásának részeként a kérdőív felvételekor azonosítani kell a kezelésbe lépő kliens másodlagos szereit, vagyis azon szereket, melyek fogyasztása problémát okoz a kliens számára, és amely problémák mérséklésére vagy megszüntetésére is irányul a kezdődő beavatkozás. A vizsgált időszakban kezelésbe lépők közül 16 491 fő esetében (36,9%) nem jelöltek a szolgáltatók másodlagos szert, 9694 fő (21,7%) esetében kizárólag a nikotint jelölték másodlagos szerként, míg további 18 451 fő (41,3%) esetében egyéb másodlagos szert jelöltek a szolgáltatók (beleértve az alkoholt is). Egy kliens esetében legfeljebb négy másodlagos szer jelölhető. A nikotint – mint másodlagos szert – is számba véve, a kliensek 36,3%-a esetében egy, 17,3%-a esetében két, 9,5%-a esetében pedig kettőnél több másodlagos szer volt azonosítható a kezelést megelőző állapotfelmérés során.

A leginkább említett másodlagos szerek a nikotin (40,3%), az alkohol (19,2%) és az amfetamin (11,8%) voltak (6.18. ábra). A vizsgált populációban tehát 2008 és 2019 között összesen 19,2% volt azok aránya, akik esetében az elsődleges kábítószer-probléma mellett alkohol-társprobléma is azonosítható volt.

**6.18. ábra. Szekunder szerek a 2008 és 2019 között kezelésbe lépők körében (%; N = 44 636)**




Forrás: TDI-adatgyűjtés

Az alkohol-társproblémában való érintettséget vizsgálva, az elsődleges probléma mentén látható, hogy legmagasabb az altatók és nyugtatók miatt kezelésbe lépők körében volt, akik esetében minden harmadik kliens (37,0%) érintett volt alkoholproblémában is (6.4. táblázat). Ezenfelül az elsődlegesen egyéb szereket (LSD-t, inhalánsokat) fogyasztók és az MDMA-t és származékait fogyasztók körében volt magasabb arányban jellemző ez a társprobléma.

**6.4. táblázat. Alkohol-társproblémában való érintettség az elsődleges szerek szerinti bontásban 2008 és 2019 között (%; N = 44 636)**

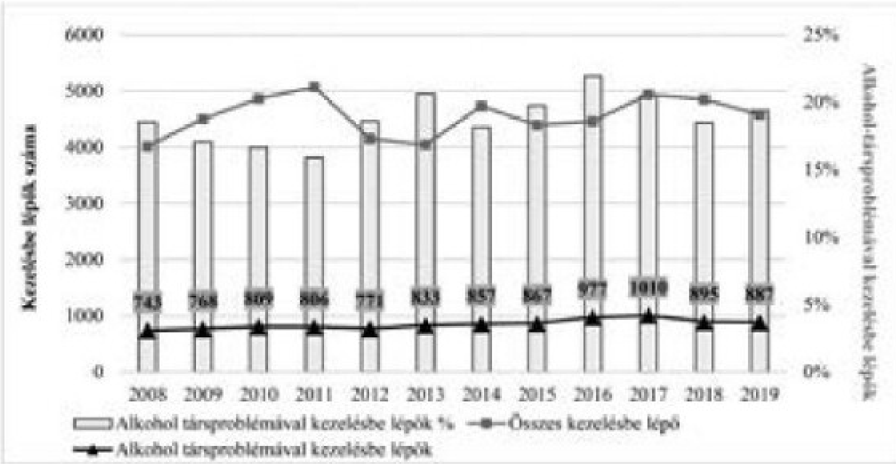
| Elsődleges szer | Alkohol-társproblémában való érintettség |
|---|---|
| Altatók és nyugtatók | 37,0 |
| Egyéb szerek (LSD + inhalánsok) | 29,8 |
| MDMA és származékai | 24,2 |
| ÚPSZ | 20,9 |
| Amfetamin | 18,8 |
| Kokain | 18,7 |
| Egyéb opioidok (metadon + egyéb) | 18,3 |
| Kannabisz | 18,0 |
| Heroin | 15,5 |
| Összesen | 19,2 |

Forrás: TDI-adatgyűjtés

### 6.4.6. Az alkohol-társprobléma prevalenciája és trendjei a kliensek és a kezelés jellemzői mentén

A 2008 és 2019 közötti években a kezelést kezdő kábítószer-használók körében 15,9% és 21,9% között ingadozott az alkoholproblémában is érintett szerhasználók aránya (6.19. ábra). Évente 743 és 1010 fő között alakult az érintett kezelésbe lépők száma, ami 2008 és 2017 között növekvő trendet mutatott (2008: 743 fő; 2017: 1010 fő), ezt követően 2017 és 2019 között enyhe csökkenés volt tapasztalható (2017: 1010 fő; 2019: 887 fő).

**6.19. ábra. Az összes kezelésbe lépő száma, valamint alkohol-társproblémával kezelésbe lépők száma és aránya 2008 és 2019 között (fő; %)**

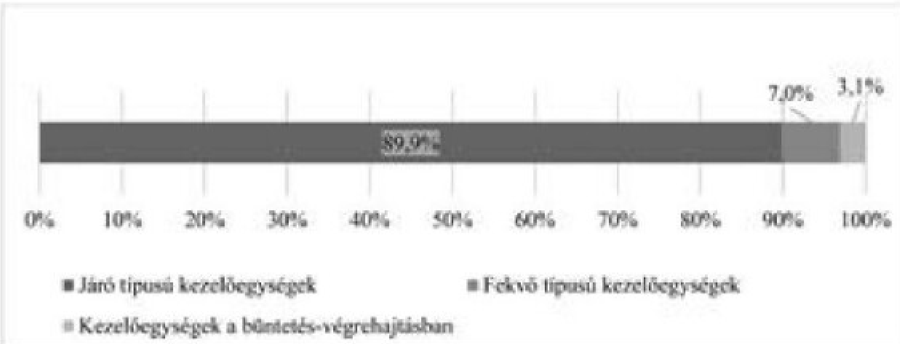



Forrás: TDI-adatgyűjtés

A 2008 és 2019 között kábítószer-használat miatt kezelésbe lépők 89,9%-a kezdett kezelést járóbeteg addiktológiai ellátónál, szenvedélybeteg szociális alapszolgáltatást nyújtó szervezetnél vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatást végző szervezetnél, vagyis járó típusú ellátásban (6.20. ábra). A további 7,0%-a fekvő típusú ellátónál és 3,0% valamilyen fogva tartási intézetben.

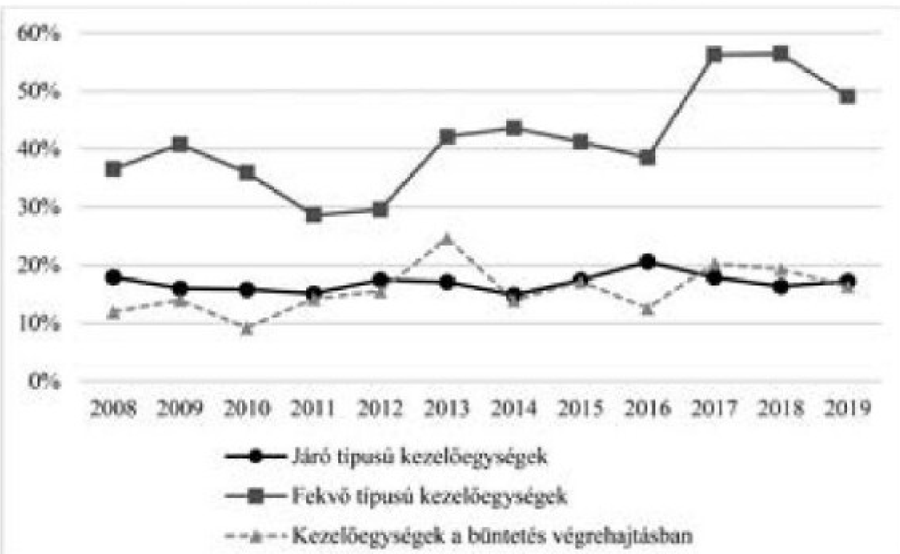
Az alkohol-társproblémában való legmagasabb érintettség a fekvő típusú ellátók kliensei között volt, és az érintettség körükben növekvő tendenciát mutatott a vizsgált 12 év folyamán (6.21. ábra). Természetesen a fekvő típusú ellátóknál kifejezetten a magas kockázatú szerhasználók jelennek meg, a járó típusú ellátóknál ennél vegyesebb a kép, így nem meglepő, hogy az előbbi intézmények klienskörében 2-3-szor magasabb érintettség mérhető, mint a járó típusú ellátók esetében. A járóbeteg-ellátóknál viszonylag stabil maradt az érintettség a vizsgált években, átlagosan 6 főből 1 esetben volt azonosítható az alkohol-társprobléma. A fogva tartási intézetek körében is a járó kliensekhez hasonló érintettség volt mérhető (esetükben az alacsony esetszám miatt a tendenciák nem értelmezhetők).

**6.20. ábra. A 2008 és 2019 között kezelésbe lépők kezelőhely szerinti megoszlása (%; N = 44 633)**




Forrás: TDI-adatgyűjtés

**6.21. ábra. Alkohol-társproblémával küzdők aránya a kezelésbe lépők körében, ellátóegység típusa szerinti bontásban, 2008–2019 (%)**



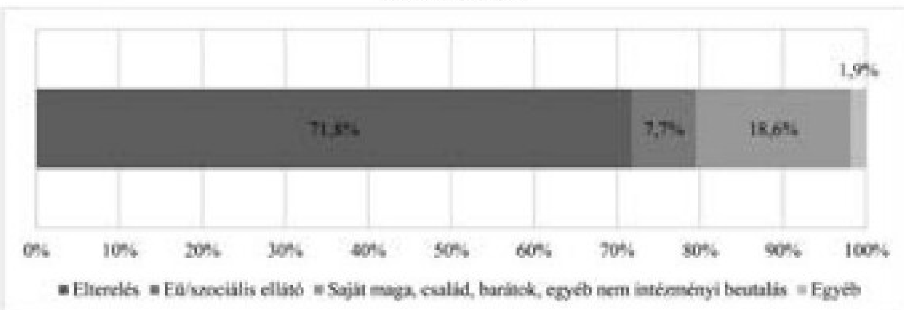

Forrás: TDI-adatgyűjtés

A vizsgált 12 évben kezelésbe lépők több mint kétharmada (71,8%) elterelés révén jutott kezelésbe, vagyis a kisebb fogyasztói bűncselekmények elkövetése kapcsán igénybe vehető kezelési alternatívát választva, a büntetőeljárás lefolytatásával szemben (6.22. ábra). Ötből egy ember saját elhatározására

vagy környezete nyomására lépett, és mindössze 7,7%-ukat utalta valamilyen egészségügyi vagy szociális szolgálató tovább.

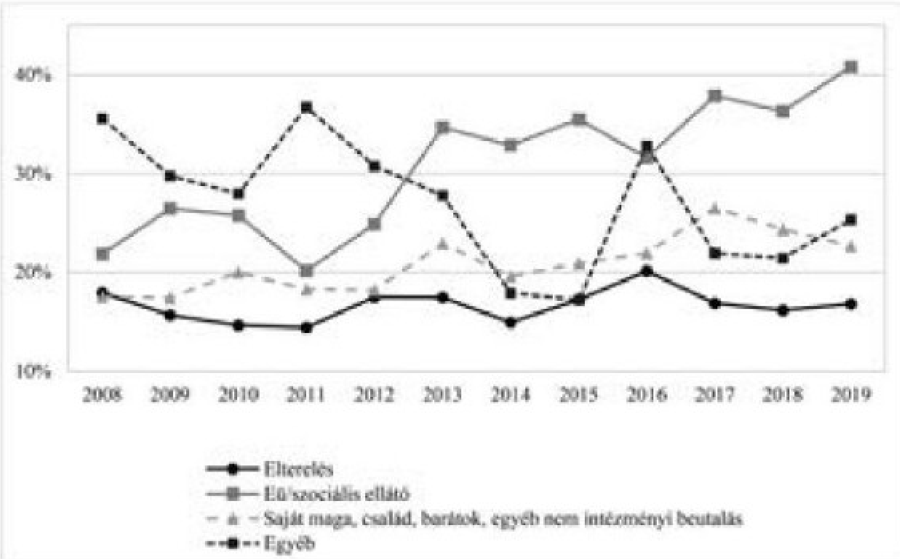
Az alkohol-társproblémában való érintettség a vizsgálat időszakban az elterelés révén kezelést kezdők körében volt a legalacsonyabb, és viszonylag stabil képet mutatott az évek során (6.23. ábra). Ez nem meglepő, mivel az eltereltek nagyobb része alacsony kockázatú szerhasználónak tekinthető, így a polidrog-használat is kisebb mértékben fordul elő körükben. Az alkohol-társproblémában való érintettség a más ellátó által beutaltak körében ugyanakkor növekvő tendenciát mutatott, és összességében a legnagyobb mértékben volt tetten érhető körükben az alkohol-társprobléma. A beutalás eredetéből látható, hogy ezek a kliensek nem ismeretlenek az ellátórendszer számára, ami magasabb kockázatú szerhasználatot feltélez, így érthető, hogy esetükben látható nagyobb érintettség az alkohol-társproblémában. Az eltereltek és a más intézmény által küldöttek közötti érintettség jellemezte a saját vagy környezeti indíttatásra kezelésbe kerülőket, esetükben növekvő tendenciát mutatott a csoporton belüli érintettség 2008 és 2019 között. Az egyéb módon kezelésbe kerülők motivációi nehezebben körvonalazhatók, feltehetően egy vegyesebb összetételű csoportról van szó, így az alkoholproblémában való érintettségük is esetlegesen alakul, ingadozó a vizsgált évek folyamán.

**6.22. ábra. A 2008 és 2019 között kezelésbe lépők beutalás szerinti megoszlása (%; N = 44 480)**




Forrás: TDI-adatgyűjtés

**6.23. ábra. Alkohol-társproblémával küzdők aránya a kezelésbe lépők körében, a beutalás eredete szerinti bontásban, 2008–2019 (%)**

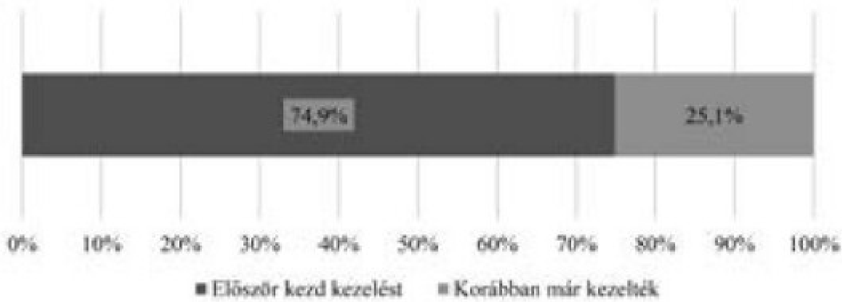



Forrás: TDI-adatgyűjtés

Részben az elterelés által kezelésbe csatornázottak dominanciája magyarázza a kezelési múlttal nem rendelkezők (vagyis korábban szerhasználati problémával nem kezeltek) nagyobb arányát a vizsgált populációban. A 2008 és 2019 között kábítószer-használat miatt kezelésbe lépők 74,9%-a életében először lépett kezelésbe kábítószer-használattal összefüggő problémája miatt, míg a korábban már kezelésben részesülők mindössze 25,1%-át tették ki ennek a populációnak (6.24. ábra).

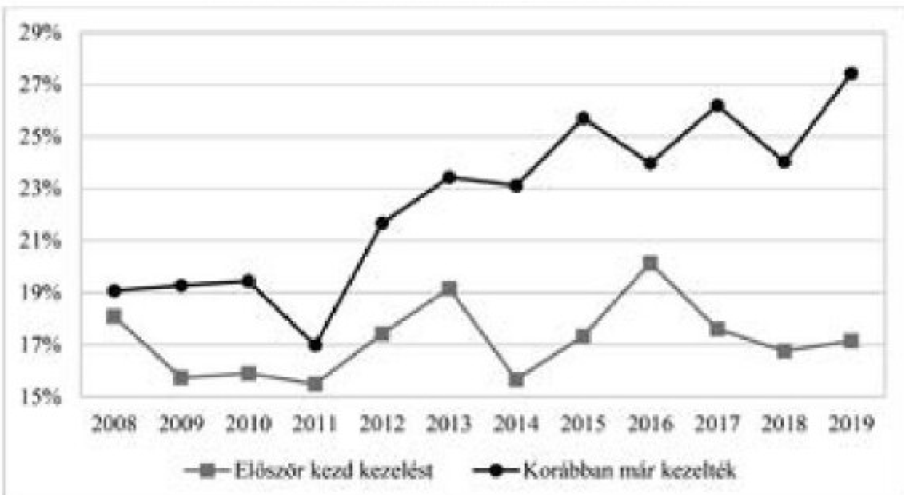
A drogproblémához kapcsolódóan kezelési múlttal rendelkezők esetében mind a vizsgált 12 évben magasabb volt az alkohol-társproblémában való érintettség az új, korábban még nem kezelt kliensekkel összevetve, és ez előbbi csoport érintettsége folyamatosan növekedett a vizsgált időszakban (6.25. ábra). Az először kezelésbe lépők körében enyhén ingadozó, de a vizsgált időszakra tekintve összességében stabil képet mutatott az alkohol-társproblémában való érintettség.

**6.24. ábra. A 2008 és 2019 között kezelésbe lépők kezelési múlt szerinti megoszlása (%; N = 41 335)**




Forrás: TDI-adatgyűjtés

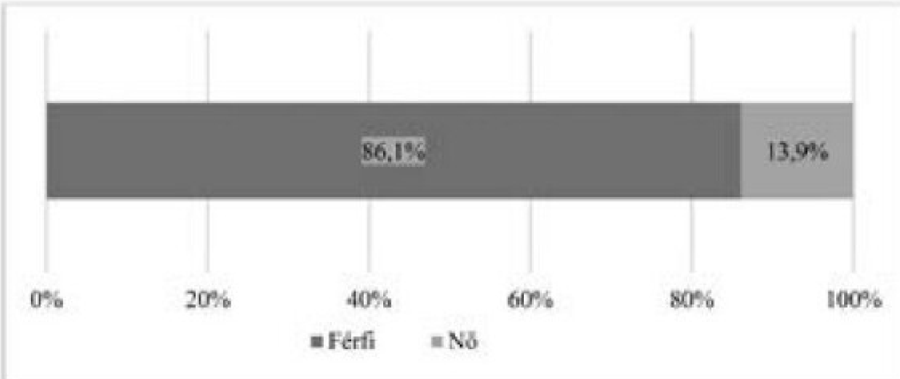
**6.25. ábra. Alkohol-társproblémával küzdők aránya a kezelésbe lépők körében, a kezelési múlt szerinti bontásban, 2008–2019 (%)**




Forrás: TDI-adatgyűjtés

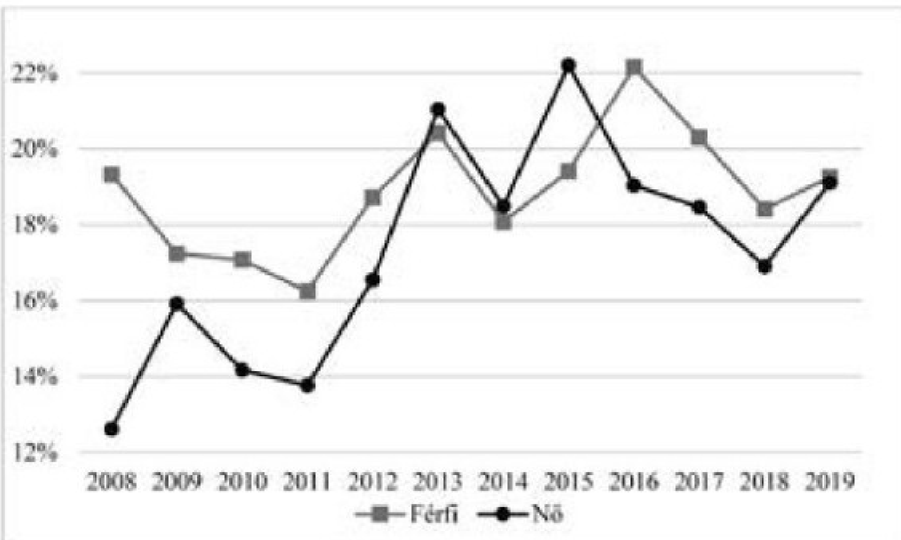
A 2008 és 2019 között kezelésbe lépők 86,1%-a volt férfi, és 13,9%-uk nő (6.26. ábra). Átlagosan mindkét nem esetében 5 főből egy esetben volt azonosítható az alkohol-társprobléma, és a vizsgálati időszak utolsó 8 évében enyhén növekvő tendenciát mutatott az érintettség mértéke (6.27. ábra). A görbe alapján is látható, hogy az éves bontásban sem tapasztalható lényeges eltérés az érintettség mértéke között a vizsgált időszakban.

**6.26. ábra. Alkohol-társproblémával küzdők aránya a kezelésbe lépők körében, a kezelési múlt szerinti bontásban, 2008–2019 (%)**




Forrás: TDI-adatgyűjtés

**6.27. ábra. Alkohol-társproblémával küzdők aránya a kezelésbe lépők körében, nemek szerinti bontásban, 2008–2019 (%)**



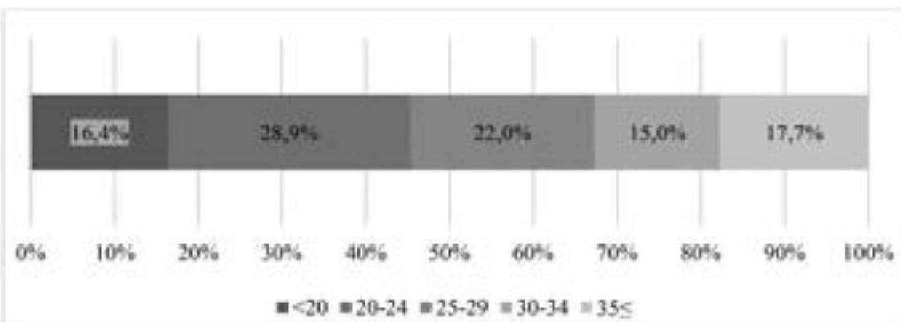

Forrás: TDI-adatgyűjtés

A 2008 és 2019 között kezelésbe lépők közel fele 25 év alatti volt. Legnagyobb arányban a 20–24 közötti korcsoportból kerültek ki a kliensek (28,9%), őket követték a 25–29 év közöttiek (22,0%) (6.28. ábra). A 20 évnél fiatalabb, a

30–34 közötti, illetve a 35 feletti korcsoportba a kliensek 15–18 százaléka volt sorolható.

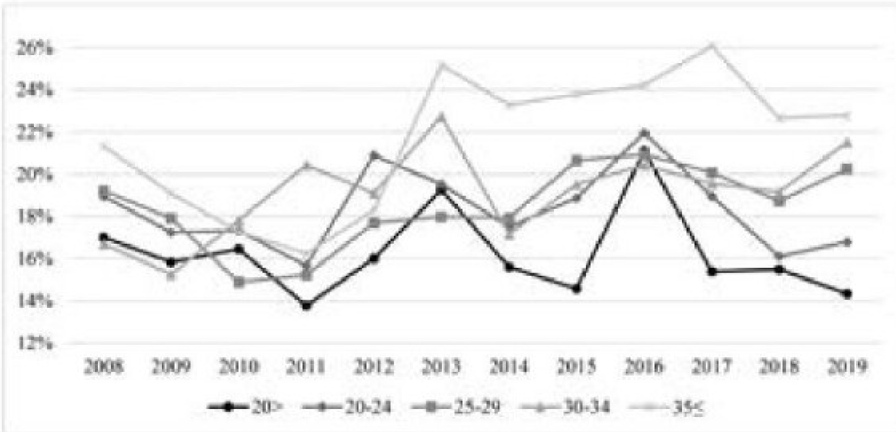
Az alkohol-társproblémában való érintettség mértéke kapcsán – amennyiben a teljes vizsgált időszakot tekintjük – elmondható, hogy az életkor növekedésével emelkedett (20>: 16,1%; 20–24: 18,2%; 25–29: 18,4%; 30–34: 19,2%; 35≤: 22,4%). A 2008 és 2019 közötti éveket vizsgálva azt látjuk, hogy nincs egy meghatározó tendencia az érintettség alakulásában az egyes korcsoportokban, egyedül a 34 évesnél idősebb korosztály mezőnyből való kiemelkedése említhető, az e korcsoportba tartozó kliensek között 2013-ban megugrik az alkohol-társprobléma előfordulási aránya a többi életkori csoportban mért értékhez képest, és kiemelkedő is marad egészen 2019-ig (6.29. ábra, lásd a következő oldalon). Ennek az okai feltehetően a különböző szerhasználati problémák egymásra épülésében és az ellátórendszer sajátosságaiban kereshetők, nem pedig a magas kockázatú alkoholfogyasztás korcsoportok közötti különbségeiben.

**6.28. ábra. A 2008 és 2019 között kezelésbe lépők életkor szerinti megoszlása (%; N = 44 636)**




Forrás: TDI-adatgyűjtés

**6.29. ábra. Alkohol-társproblémával küzdők aránya a kezelésbe lépők körében, életkor szerinti bontásban, 2008–2019 (%)**

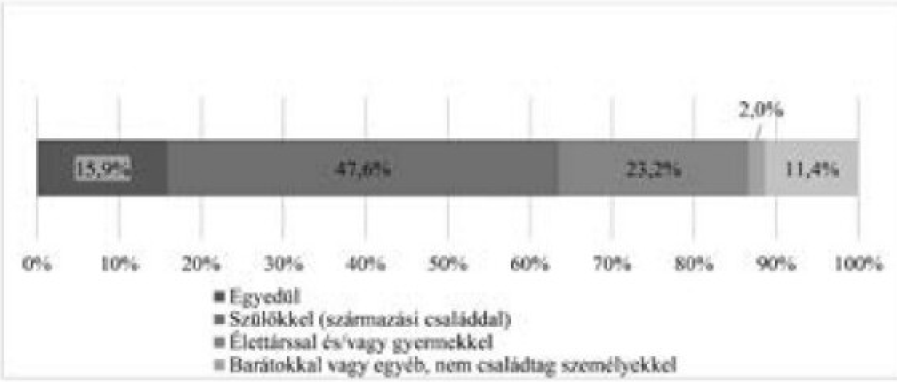



Forrás: TDI-adatgyűjtés

A különböző élethelyzetet leíró változók közül elsőként a lakhatási helyeztet vizsgáljuk, vagyis hogy ki milyen társas helyzetben él életvitelszerűen. A 2008 és 2019 között kezelésbe lépők közel fele (47,6%) szüleivel vagy származási családjával él, tehát feltehetően még nem repült ki. 23,2% él élettárssal és/vagy gyermekkel (6.30. ábra). 15,9% egyedül, 2,0% pedig barátokkal, illetve olyan személyekkel, akik nem a családtagjai. További 11,4% egyéb társas közegben.

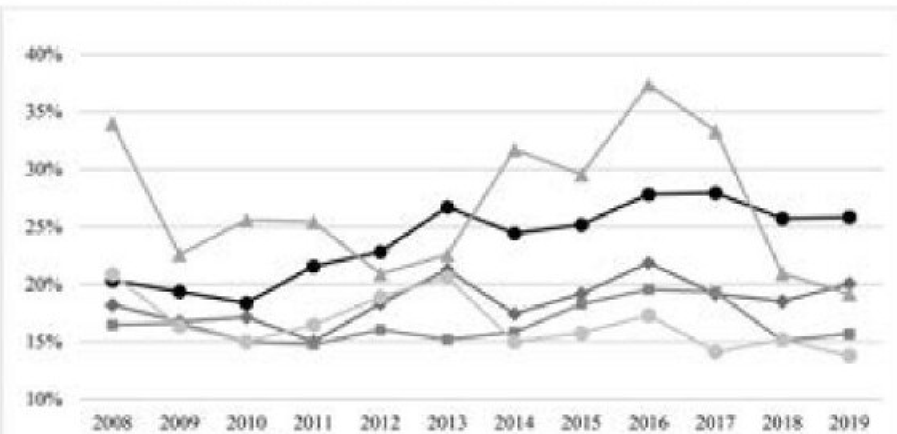
A 12 éves periódust vizsgálva az látható, hogy az egyedül élők, illetve a barátokkal vagy egyéb személyekkel (nem családtagokkal) élők körében végig magasabb volt az alkohol-társproblémában való érintettség mértéke (6.31. ábra). Az egyedül élők körében emelkedő volt a tendencia az alkoholos érintettségben, míg a barátokkal vagy más személyekkel élők körében ingadozó volt annak mértéke. A vizsgált időszakban végig alacsonyabb érintettség volt mérhető a szülőkkel (vagy származási családdal), illetve az élettárssal és/vagy gyermekkel élők körében. Az előbbi csoport esetében egy enyhén növekvő tendencia rajzolódott ki a vizsgálati időszakban, míg az utóbbi esetében ingadozó volt az érintettség mértéke. Az egyéb helyzetben élők érintettsége az alkoholproblémában alacsonyabbnak mondható a többi csoporthoz viszonyítva, és a vizsgált időszakban ingadozó képet mutat. Összességében tehát azt látjuk, hogy a családi fészekből kirepülők, de saját családot még nem alapítók körében magasabb az alkohol-társproblémában való érintettség, mint a családban vagy élettársi kapcsolatban élők körében.

**6.30. ábra. A 2008 és 2019 között kezelésbe lépők lakhatási helyzet (kivel él) szerinti megoszlása (%; N = 43 909)**




Forrás: TDI-adatgyűjtés

**6.31. ábra.Alkohol-társproblémával küzdők aránya a kezelésbe lépők körében, lakhatási helyzet (kivel él) szerinti bontásban, 2008–2019 (%)**

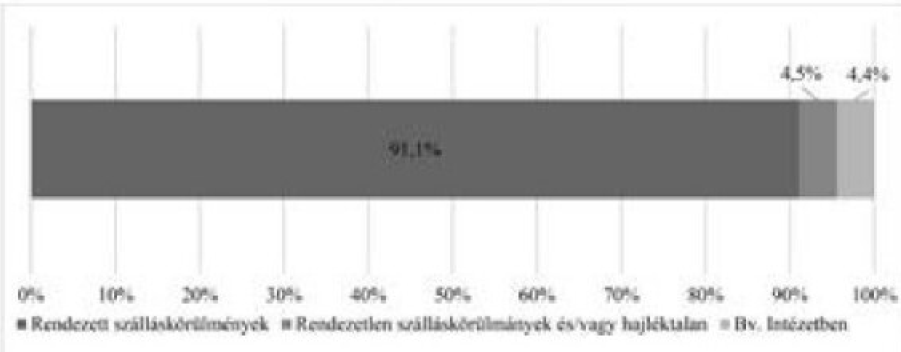



Forrás: TDI-adatgyűjtés

A lakhatási helyzet másik, a TDI-kérdőívben megjelenő aspektusa a lakóhelyre vonatkozik. 2008 és 2019 között 10 kezelésbe lépőből 9 úgy nyilatkozott, hogy rendezett szálláskörülmények jellemzik az életét; a bizonytalan körülmények között, akár hajléktalanságban élők aránya 4,5% volt; és 4,4% élt bv. intézetben (6.32. ábra).

A rendezetlen szálláskörülmények között élők körében a vizsgált 12 évben folyamatosan emelkedett az alkoholproblémában való érintettség mértéke, a 12 évben összesen kétszeres volt az érintettségük a rendezett helyzetben élőkkel összevetve (6.33. ábra). Ez utóbbi csoport esetében enyhe ingadozás mellet stabilan 15% és 21% között maradt az alkohol-társproblémában érintettek aránya. A fogvatartottak esetében is alacsonyabb érintettség volt mérhető, azonban esetükben ingadozott az érintettség mértéke a vizsgált években.

**6.32. ábra. A 2008 és 2019 között kezelésbe lépők lakhatási helyzet (hol él) szerinti megoszlása (%; N = 43 895)**

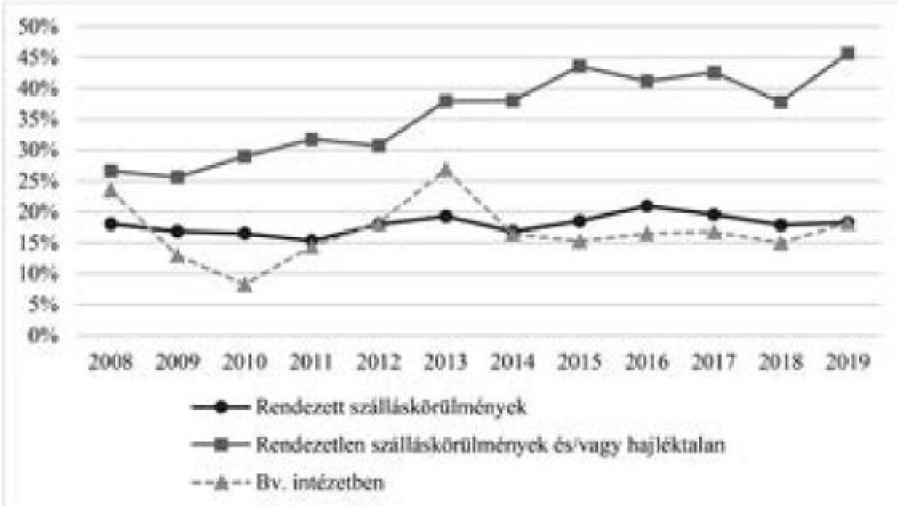



Forrás: TDI-adatgyűjtés

Munkaügyi helyzet mentén vizsgálva a kábítószer-használat miatt kezelést kezdő populációt, elmondható, hogy e populáció közel kétharmada stabil munkaügyi helyzettel jellemezhető, vagyis rendszeresen foglalkoztatott (44,4%), vagy nappali képzésben részt vevő tanuló (20,0%) (6.34. ábra). Munkanélküli a kezelésbe lépők egynegyede (23,6%), 2,1% gazdaságilag inaktív, és további 9,9% egyéb munkaügyi helyzettel jellemezhető.

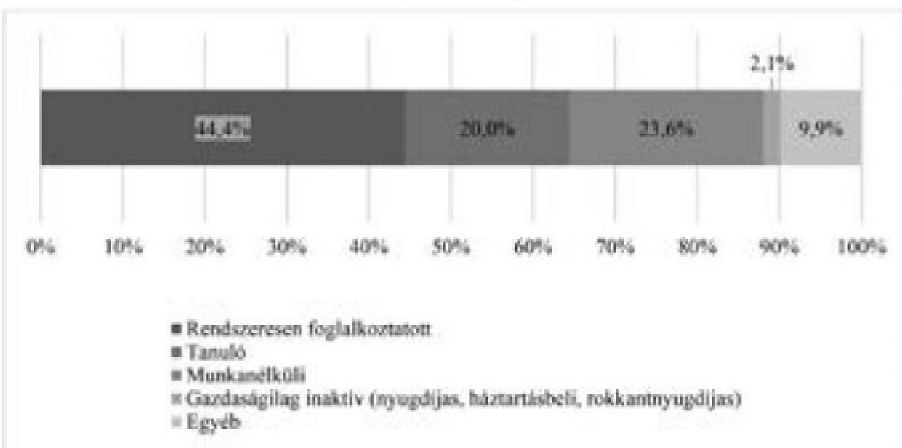
Az alkohol-társproblémában való legmagasabb érintettség a 12 év folyamán összesítve a gazdaságilag inaktív kliensek csoportjában tapasztalható (6.35. ábra). Alacsony esetszámuk miatt a tendenciák körükben nem értelmezhetőek. Őket követően a munkanélküli kliensek körében volt mérhető magasabb érintettség az alkoholproblémában, esetükben növekvő tendencia volt megfigyelhető a vizsgált periódusban. A rendszeresen foglalkoztatottak és a tanulók érintettsége mindvégig a munkanélküliek körében mért prevalencia alatt maradt, és összességében ingadozó képet mutatott a vizsgált 12 év folyamán. Az egyéb munkaügyi státuszúak esetében is a rendszeresen foglalkoztatottakhoz és tanulókhoz hasonló mértékű érintettség volt megfigyelhető, ugyancsak ingadozó képet mutatva a vizsgált időszakban.

**6.33. ábra. Alkohol-társproblémával küzdők aránya a kezelésbe lépők körében, lakhatási helyzet (hol él) szerinti bontásban, 2008–2019 (%)**



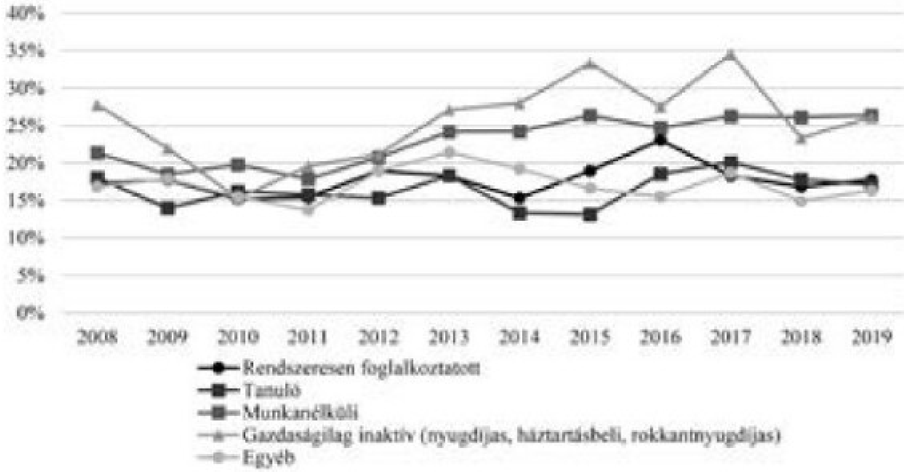

Forrás: TDI-adatgyűjtés

**6.34. ábra. A 2008 és 2019 között kezelésbe lépők munkaügyi státusz szerinti megoszlása (%; N = 43 757)**




Forrás: TDI-adatgyűjtés

**6.35. ábra. Alkohol-társproblémával küzdők aránya a kezelésbe lépők körében, munkaügyi státusz szerinti bontásban, 2008–2019 (%)**

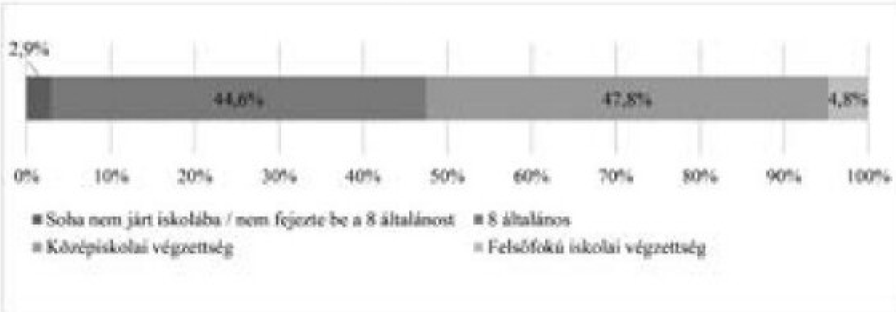



Forrás: TDI-adatgyűjtés

A kábítószer-problémával 2008 és 2019 között kezelésbe lépők közel fele legfeljebb 8 általános végzettséggel rendelkezik (2,9% nem fejezte be, 44,6% befejezte) (6.36. ábra). További 47,8% középiskolai végzettséggel rendelkezik. A felsőfokú végzettségűek aránya mindössze 4,8% volt ebben az időszakban.

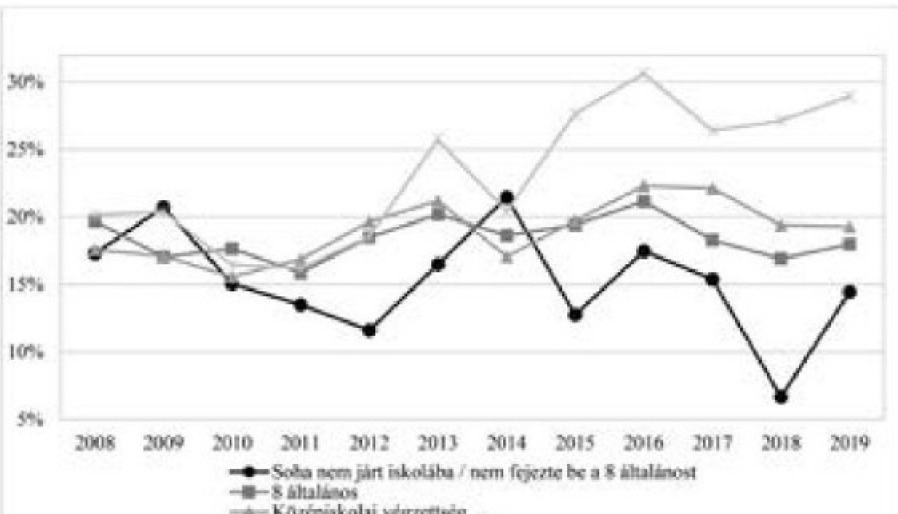
A 12 évre kalkulált átlagok alapján az látható, hogy az iskolai végzettség növekedésével nő az alkohol-társproblémában való érintettség mértéke a kezelésbe lépők körében (6.37. ábra). Az alacsony esetszámok miatt a 8 általánost be nem fejezők és felsőfokú végzettségűek esetében a trendek értelmezése nem lehetséges. A legfeljebb 8 általános végzettségűek és a középiskolai végzettségűek esetében hasonlóan, enyhén ingadozó az elmúlt 12 évben az érintettség alakulása 15–22% közötti értékekkel.

**6.36. ábra. A 2008 és 2019 között kezelésbe lépők legmagasabb iskolai végzettség szerinti megoszlása (%; N = 42 943)**




Forrás: TDI-adatgyűjtés

**6.37. ábra. Alkohol-társproblémával küzdők aránya a kezelésbe lépők körében, a legmagasabb iskolai végzettség szerinti bontásban, 2008–2019 (%)**




Forrás: TDI-adatgyűjtés

## 6.5. ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTETÉSEK

Jelen tanulmány az ellátórendszerben alkoholprobléma miatt kezeltek adatait, társadalmi mintázatát és azok változását mutatta be az elmúlt években több forrás (OSAP, NEAK, TDI) alapján. Az adatokat az ellátás típusa mentén ismertettük: először az egészségügyi ellátórendszer (járóbeteg szakellátás, gondozói adatok, fekvőbeteg ellátás), majd a szociális ellátórendszer adatait ismertettük. A tanulmány második felében a TDI-adatok alapján azt vizsgáltuk, hogy alakult a kábítószer-probléma mellett másodlagos problémaként alkohol-használatból eredő problémákkal is érintett kliensek megjelenése a kábítószer-használókat célzó ellátásokban.

Az egészségügyi ellátórendszeren belül több területről – némi hiányossággal – vannak adatok, azonban a szociális ellátórendszer számos szegmenséről sajnos nem állnak rendelkezésre, ugyanis ezen ellátási területeken vagy nem gyűjtenek szisztematikusan adatokat az alkoholprobléma miatt kezeltekre vonatkozóan, vagy pedig a rendelkezésre álló adatok a szenvedélybetegséget egy gyűjtőkategória alatt kezelik, így alkohol-bontásban nem tudunk adatokat közölni. Ennek fényében sajnos teljes képet nem lehet felvázolni az egészségügyi és szociális ellátórendszerben alkoholprobléma miatt megfordult kliensekről, az ellátásban megfordultak egy szegmenséről tudunk adatokkal szolgálni.

A rendelkezésre álló OSAP és NEAK adatok azt jelzik, hogy az addiktológiai és pszichiátriai gondozókban nyilvántartott alkoholisták száma a 2000-es évek óta jellemzően csökkenő tendenciát mutat, majd 2012-től egy enyhe növekedés figyelhető meg. A csökkenés hátterében az állhat, hogy a rendszerváltást követően sorra zártak be az alkoholbetegeket ellátó intézmények, valamint a csökkenéshez hozzájárulhat az is, hogy 2009 decemberében megváltoztak az addiktológiai és pszichiátriai gondozók finanszírozási szabályai. Ugyanígy a járóbeteg szakellátásban, a pszichiátriai osztályokon és a tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben alkoholprobléma miatt kezeltek száma esetében is csökkenő tendenciának lehetünk a tanúi, kisebb megtorpanásokkal, amikor stagnálás vagy enyhe növekedés volt tapasztalható.

Bármely adatot is nézzük, nem volt változás abban az elmúlt évtizedekben, hogy a férfiak nagyobb arányban jelennek meg alkoholprobléma miatt az ellátórendszerben, mint a nők, azonban az elmúlt években ez a különbség csökkent, tehát az ellátásban való részesülés kiegyenlítettebb, mint korábban. Ennek hátterében az állhat, hogy a nők inkább merik felvállalni alkoholproblémájukat, és inkább mernek segítséget kérni, mint korábban, azonban továbbra is a férfiak dominálnak az ellátórendszerben, és a társadalom inkább tolerálja a férfiak alkoholfüggőségét, mint a nőkét.

A nyilvántartott alkoholisták jelentős részét az addiktológiai ellátórendszerben nyilvántartott alkoholisták teszik ki az összes vizsgált évben, azonban az elmúlt években egyre több alkoholbeteget regisztrálnak a pszichiátriai gondozókban is. Ennek oka lehet egyrészt, hogy kevésbé elérhető az addiktológiai ellátás, így inkább keresik fel a pszichiátriai gondozókat alkoholproblémával, másrészt, hogy a pszichiátriai gondozókban a kettős vagy többszörös diagnózisú klienseket „alkoholista" diagnózissal is regisztrálják – a korábbiakkal ellentétben, amikor jellemzően más diagnózis fedte el az alkoholproblémát.

A százezer azonos korú lakosra jutó gondozott beteg alkoholista száma korcsoport szerint azt jelzi, hogy az 55–64 éveseken belül vannak legnagyobb arányban alkoholbetegek, ezt követően a 35–54 évesek, majd a 20–34 évesek körében.

A TDI-adatok alapján azt láttuk, hogy összességében a kábítószer-használat miatt kezelést kezdő szerhasználók 15–20%-a érintett alkoholproblémában is az egyes években a vizsgált 2008 és 2019 közötti időszakban, tehát egy jelentős társproblémáról van szó ebben a populációban. A kezelésbe lépésük kapcsán láttuk, hogy nagyobb az alkohol-társproblémában való érintettség mértéke a különböző egészségügyi vagy szociális ellátásból továbbutaltaknál és összességében azok körében, akik már korábban is kapcsolatba kerültek az ellátórendszerrel szerhasználati problémájuk kapcsán. A szerhasználati mintázat mentén az altatók, nyugtatók visszaélésszerű használata, az egyéb szerek (LSD, inhalánsok), MDMA és származékai és az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos elsődleges probléma mellett volt azonosítható magasabb arányban az alkohol-társprobléma. A szociodemográfiai jellemzők mentén vizsgálva a kezelést kezdő kábítószer-használókat, a nemek között nem tapasztaltunk jelentős eltérést, azonban az életkor egyértelműen meghatározó tényező volt: az életkor növekedésével egyre nagyobb arányban volt azonosítható az alkoholprobléma. A nehezebb szociális körülményekkel jellemezhetők körében, valamint a származási családtól már elszakadtak, de a saját családot még nem alapítók körében volt azonosítható magasabb érintettség. Az iskolai végzettség tekintetében a magasabb végzettségűek magasabb érintettsége volt kimutatható a vizsgált populáción belül. Ezek a feltárt mintázódások nem vetíthetők ki az általános populációra, mivel a kábítószer-használat miatt az ellátórendszer látókörébe kerülő populáció összetétele önmagában jelentős eltérést mutat az általános népességtől. A kábítószer-használat miatt kezelést kezdők vizsgálata alapján elmondhatjuk, hogy az alkohol társproblémaként is igen jelentősen megjelenik az egyéb szerhasználói problémák mellett. Ennek monitorozása (az egyéb felmerülő komorbid problémák mellett) rendkívül fontos a megfelelő válaszlépések kialakításához.

A TDI-adatgyűjtés kapcsán megfontolandó lenne annak kiterjesztése az alkoholproblémára mint elsődleges szerre is, tehát hogy az alkohol az elsődleges problémák között is regisztrálva legyen a TDI-kérdőív kitöltése során. Tisztában vagyunk azzal, hogy ez további kapacitást igényel az adatgyűjtő intézmény (Nemzeti Drog Fókuszpont) és a szolgáltatók részéről is (a szolgáltatók körét is bővíteni kellene), azonban a már jól működő TDI-rendszerrel biztosítani lehetne egy nemzetközileg elfogadott szisztematikus adatgyűjtést az alkoholbetegekre vonatkozóan is, ami hiánypótlónak tekinthető.

Az ellátórendszer milyen adatai alapján lehet felvázolni az alkoholprobléma mértékét (azokon a lehetőségeken kívül, amelyeket jelen tanulmányban már ismertettünk)? Három további opció van:

1. BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) kódok alapján kikérni azokat az adatokat a NEAK-tól, amelyek összefüggésbe hozhatóak az alkoholproblémával. E megközelítéssel az a nehézség, hogy nem lehet teljesen egyértelműen a BNO-kódok alapján az alkoholprobléma mértékét meghatározni, így valamilyen becslési eljárással kellene egy közelítést adni.

2. Azokat a vényköteles gyógyszer-adatokat lekérni a NEAK-tól, amelyek alkoholproblémára utalnak (pl. májproblémára szedett gyógyszerek). A fenti ponthoz hasonlóan ez esetben is az jelenti a nehézséget, hogy csakis becslés révén lehetne egy közelítést adni az alkoholprobléma elterjedtségére vonatkozóan.

3. Továbbá fontos megemlíteni a Global Burden of Diseases (GBD)[29] elemzést, amely a WHO által létrehozott kombinált mutató az ún. DALY *(Disability-Adjusted Life Years azaz Egészségkárosodással korrigált életévek)* indikátor[30] mentén ismerteti az alkoholproblémát. Ennek előnye, hogy trendelemzésre, nemzetközi összehasonlításra, valamint a többi betegséggel való kontextusba helyezésre is lehetőség nyílik, azonban hátránya, hogy publikus információ nincs arról, hogy az alkohol esetében milyen betegségek alapján számolták ki a DALY-mutatót, illetve hogy az egyes országok esetében milyen forrásból származnak az adatok.

A tanulmányban törekedtünk arra, hogy minden adatot, „érdekességet" értelmezzünk, és hogy magyarázatot adjunk az adatokban megfigyelhető változásokra, azonban sajnos nem minden kérdést tudtunk megválaszolni, és továbbra is maradtak vakfoltok az ellátórendszer adatainak értelmezése során (pl. a regisztrált alkoholbetegek számában megfigyelhető csökkenés hátterére további magyarázatok, NEAK-adatok regisztrálásában történt változás, OSAP-adatok intézményi háttere, megszűnése stb.).

[29] Lásd részletesebben: https://www.healthdata.org/gbd/about

[30] A mutató leírása: https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158 Adatok lásd itt: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

A tanulmányban felvázolt korlátok ellenére úgy gondoljuk, hogy a jelen tanulmányban bemutatott adatok látképet adnak arról, hogy a hazai ellátórendszer hol tart jelenleg, és ez alapján ki lehet jelölni a fejlesztést, beavatkozást igénylő területeket: nélkülözhetetlen a meglévő hiányosságok kezelése; a hiányterületekről szisztematikus adatgyűjtés; kapacitásbővítés az igényekre reagálva (szolgáltatás bővítés pl. nőkre, idősebbekre szabva); nagyobb transzparencia az adatgyűjtés, adatszolgáltatás menetéről; egységes protokoll az adatgyűjtésre vonatkozóan. Következő lépése lehet továbbá ennek a tanulmánynak más adatok (BNO-kód, gyógyszerek, DALY) elemzése, esetleg a TDI-adatgyűjtés alkohollal való bővítése, amelyek révén még szerteágazóbb képet kaphatunk a hazai ellátórendszerben megforduló alkoholbetegekről, ezzel bővítve a jelen tanulmányban bemutatott látképet.

## HIVATKOZÁSOK


Borda V. (2018). Az addiktológiai ellátórendszer egészségügyi vonatkozásai. In: Erdős M. – Borda V. – Madácsy J. – Vojtek É. (szerk.): Az addiktológiai ellátórendszer vizsgálata: Kutatási zárójelentés. *Szociális Szemle,* 11. évf. 1–2. sz. 9–17.

Burns, L. – Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 68, Issue 3, 299–307. https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00220-X.

Demetrovics Zs. – Kun B. – Portörő P. – Felvinczi K. (2010). Alapfogalmak az addiktológiában és az addiktológiai ellátás rendszere In: Kiss Enikő Csilla – Sz. Makó Hajnalka (szerk.): *Mentálhigiéné* és *segítő hivatás*. Pannónia könyvek, Pécs, 32–52.

EMCDDA (2000). Treatment demand indicator Standard protocol 2.0. EMCDDA. Lisbon.

Rácz J. – Kassai F. Á. (2022). A kényszer-elvonókúrától a pszichoterápiáig. Szemelvények és tendenciák a hazai addiktológia történetéből. In: Kiss A. – Farkas J. – Kapitány-Fövény M. (szerk.): *Az addiktológiai zavarok pszichoterápiája*. Medicina Kiadó, Budapest, 41–64.

Ritter I. (2020). Alkoholfogyasztás és közlekedés – számokban. In: Vókó György (szerk.): *Kriminológiai tanulmányok 57.* Országos Kriminológiai Intézet, Budapest, 161–178.

Stinson, F. S. – Grant, B. F. – Dawson, D. A. – Ruan, W. J. – Huang, B. – Saha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 80, issue 1, 105–116. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.03.009.

Vojtek É. (2018). Az addiktológiai ellátások szociális szegmense. In: Erdős M. – Borda V. – Madácsy J. – Vojtek É. (szerk.): Az addiktológiai ellátórendszer vizsgálata: Kutatási zárójelentés. *Szociális Szemle,* 11. évf. 1–2. sz. 18–23.

# 7. ALKOHOLLAL KAPCSOLATOS BŰNÜGYI ADATOK

Kutrovátz Kitti – Gelencsér Anna

## 7.1. JOGSZABÁLYI HÁTTÉR

Magyarországon az alkoholfogyasztás önmagában nem büntetendő cselekmény, és az alkoholos befolyásoltság nem mentesít a büntetőjogi felelősségre vonás alól. A 2012 évi. C. törvény a Büntető Törvénykönyvről (a továbbiakban: Btk.) két tényállásban rendelkezik kifejezetten alkohollal kapcsolatos bűncselekményről, a XXII. Közlekedési bűncselekmények fejezet alatt.

Az egyik ilyen a Btk. 236. §-ában szabályozott „Járművezetés ittas állapotban" tényállás. A többször módosított 1978. évi Btk.-ban a jogalkotó egy tényálláson belül szabályozta mind az ittas, mint a bódult állapotú vezetést (Karasz, 2015). Az új Btk.-ban (2012) azonban már külön kerül szabályozásra az ittas, illetve a bódult állapotú járművezetés. A következőkben az ittas járművezetésről lesz szó.

Elmondható, hogy a büntetendő cselekmény már azáltal megvalósul, hogy a jármű működésbe lendül, így nem szükséges, hogy a cselekményhez eredmény is társuljon (Mészáros, 2014). Jelentős változásnak számít, hogy míg a korábbi tényállás csak a közúton elkövetett ittas vezetést büntette, az új törvény már a közforgalom elől el nem zárt magánúton történő elkövetést is bünteti, ide tartoznak pl. a különböző parkolók (Karasz, 2015). További jelentős változást hozott az ittasságnak a megítélése, ugyanis 2013. január 1-től a Btk. 240. § (3) bekezdése szerint „ittas állapotban lévő személy az, akinek a szervezetében 0,50 gramm/liter véralkohol-, illetve 0,25 milligramm/liter levegőalkohol-koncentrációnál nagyobb érték előidézésére alkalmas szeszes ital fogyasztásából származó alkohol van" („zéró-tolerancia"). Korábban az ittasság megállapításához 0,8 ezrelékes alkoholszint volt szükséges, a módosítás értelmében most a 0,5 gramm/liter ezrelék véralkohol-szint vagy 0,25 milligramm/liter levegőalkohol elérése már bűncselekményt valósít meg (2012 évi. C. törvény). Ha a véralkohol-szint nem éri el a 0,5 gramm/litert, akkor a cselekmény nem minősül bűncselekménynek, hanem közúti jármű esetén közigazgatási bírsággal sújtandó (Mészáros, 2014). Nem közúti, tehát vasúti vagy légi járművel, gépi meghajtású vízi járművel, úszó munkagéppel, illetve nem gépi meghajtású vízi járművel való elkövetésnek azonban van szabálysértési alakzata (Szabs. tv., 2012).

Mindezek mellett további változást hozott az ittaság megítélése körében hozott jogszabály-módosítás, amelynek értelmében többé nem az egyén alkoho-

los befolyásoltságát értékelik, vagyis azt, hogy az alkohol milyen hatással van rá, hanem elégséges a szervezetében lévő véralkohol-szint megmérése, amely ha eléri a 0,50 gramm/litert, akkor az egyén ittasnak tekintendő (Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium, 2012). Megállapítható, hogy összességében ittas vezetés esetén kötelező a járművezetéstől való eltiltás, amelynek minimálisan meghatározott időtartama a Btk.-módosítás következtében 1 évről 1 hónapra csökkent. Illetve a leggyakrabban kiszabott büntetés a pénzbüntetés; ennek meghatározásánál is jelentős változás, hogy annak összege, pontosabban az egynapi tétel összege is csökkent (Karasz, 2015).

A közúti baleset okozását a Btk. a 235. §-ban szabályozza. A bűncselekményt az a járművezető követi el, aki a KRESZ szabályait, illetve az ehhez kapcsolódó szabályokat megszegve másnak vagy másoknak gondatlanságból súlyos testi sértést okoz. Az említett vétséget a törvény egyévi szabadságvesztéssel rendeli büntetni. Súlyosabbnak minősül, ha a cselekmény maradandó fogyatékosságot, súlyos egészségromlást vagy tömegszerencsétlenséget okoz, és még súlyosabb a büntetés, ha az halált okoz. A legsúlyosabb büntetést, a 2–8 évig terjedő szabadságvesztést abban az esetben szabják ki, ha a bűncselekmény több ember halálát vagy halálos tömegszerencsétlenséget okozott (Btk., 2012). Illetve a felelősségre vonáskor az, aki a közúti balesetet ittasan követte el, járművezetés ittas állapotban minősített esetének megvalósításáért kerül felelősségre vonásra. Az ittasan elkövetett közúti balesetekről a következő fejezetben írunk részletesebben.

A másik, kifejezetten alkohollal kapcsolatos törvényi tényállás a Btk. 238. §-ában található („Járművezetés tiltott átengedése"), amely szerint aki a vasúti vagy légi jármű, gépi meghajtású úszólétesítmény vagy közúton, illetve közforgalom elől el nem zárt magánúton gépi meghajtású jármű vezetését egyebek között ittas személyeknek átengedi, az emiatt felelősségre vonható (2012. évi C. törvény). Az említett esetben a büntetés egy évig terjedő szabadságvesztés. Súlyosabb büntetési tétel kiszabására ugyancsak súlyosabb eredmény esetén kerül sor, így maradandó fogyatékosság, súlyos egészségromlás vagy tömegszerencsétlenség okozása esetén 3 év, halál okozása esetén 1–5 év, illetve amennyiben a tiltott átengedés kettőnél több ember halálát okozza vagy halálos tömegszerencsétlenséget okoz, 2-től 8 évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

## 7.2. ALKOHOLOS BEFOLYÁSOLTSÁG BŰNCSELEKMÉNYEK TEKINTETÉBEN

Az alkohol hatása a korábban említett alkohollal kapcsolatos, konkrét tényállások mellett más bűncselekmények tekintetében is megjelenhet. Az alkoholfogyasztás pszichikai és fizikai hatásai formálják az egyén személyiségét, tevékenységét, feloldva ezzel a gátlásait, amelynek következtében az egyén magatartását már kevésbé kontrollálja (Tibay, 2005). Az említett hatások miatt az alkoholfogyasztás bűnözéssel való társulása növeli a normaszegés társadalomra való veszélyességét (Tibay, 2005).

Az alkohol és a bűnözés közötti összefüggés több szempont alapján értelmezhető, a kriminológiai szakirodalom cselekményi megközelítése szerint megkülönböztethetünk: alkoholos befolyásoltság alatt elkövetett erőszakos bűncselekményeket; alkoholos befolyásoltság alatt elkövetett közlekedési bűncselekményeket; bűncselekményeket, amelyek elkövetésénél az alkohol mint eszköz szerepel; és alkoholos befolyásoltság alatt elkövetett egyéb bűncselekményeket (Gönczöl és mtsai, 2006).

## 7.3. AZ ADATSZOLGÁLTATÁS INTÉZMÉNYI HÁTTERE, PROTOKOLLJA

A bűncselekmények vonatkozásában két intézményi adatbázis létezik, mely az eljárási szint szerint, valamint funkcionálisan és szervezetileg is elkülönül egymástól: (1) az Egységes Nyomozó Hatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika (továbbiakban ENyÜBS), amely rendőrségi és ügyészi szakból gyűjti az elkövetett cselekményi és elkövetői adatokat; valamint (2) a bírósági szakból (ítélkezési gyakorlat – VIR [Vádképviseleti Informatikai Rendszer] az Országos Bírói Hivatal (továbbiakban OBH) gyűjti a jogerősen lefolytatott büntetőeljárásokkal kapcsolatos adatokat, mely adatokat a büntetőeljárást lefolytató bíróságok továbbítják az OBH számára. Elemzéseink során az ENyÜBS és az OBH adatait is vizsgáljuk.

Az ENyÜBS a Belügyminisztériumnak és a Legfőbb Ügyészségnek a közös statisztikája, amely magába foglalja a rendőrség, a NAV és az Ügyészség által indított és lefolytatott büntetőeljárásokat. Ez a gyűjtés továbbá kiegészül a vádemelési szakasz adataival.

A bűnügyi adatok adatbázisokban való rögzítése két időpontban teljesül, egyszer az eljárás kezdeményezésekor, másodjára pedig az eljárás lezárultával. Az első esetben az ügyre és a cselekményre vonatkozó adatokat a Kezdemé-

nyezett Büntetőeljárások Statisztikája (ENyÜBS-KBS) rendszerébe az iktató nyomozó hatóság vagy ügyészség rögzíti a feljelentést, a hivatalos tudomásra jutást vagy sikeres előkészítő eljárást követően. A második esetben a Befejezett Büntetőeljárások Statisztikájának (ENyÜBS-BSS) rendszerébe kerülnek regisztrálásra az adatok, ez a rendszer már információkat tartalmaz a cselekményről, az elkövetőről, a sértettről, az eljárás alá vont jogi személyről és az eljárásról is. Az adatrögzítési kötelezettség ebben az esetben az eljáró nyomozó hatóságot, illetve ügyészséget terheli (ENyÜBS Kitöltési Szabályzat, 2018).

A rögzítéskor az elkövetőre vonatkozó adatok tekintetében rögzítésre kerülhet négyféle anyag kapcsán igen vagy nem válaszadással, hogy az adott bűncselekmény vonatkozásában alkoholos, kábítószeres, kábító vagy pszichoaktív hatású anyag hatása alatt volt-e (ENyÜBS Kitöltési Szabályzat, 2018). Elemzéseink során csak az alkoholos befolyásoltságot elemezzük. A befolyásoltság megjelölésére minden olyan bűncselekmény tekintetében lehetőség van, ahol az adott szer közvetlen vagy közvetett hatására követte el az elkövető a bűncselekményt.

## 7.4. A BŰNÖZÉSI STATISZTIKÁK, AZ ALKOHOLOS BEFOLYÁSOLTSÁGGAL ELKÖVETETT BŰNCSELEKMÉNYEK ADATAINAK KORLÁTAI

A bűnözés statisztikai adataira elsősorban a formális jogi tényezők gyakorolnak hatást, tehát az aktuális büntetőjogi normarendszer és a jogszabályi változásokat határozzák meg, hogy mit mutatnak az adatok. Ennek megfelelően a tényállások átrendezése az új Btk.-ban, új tényállások felvétele, a minősítés megváltozása, a vagyon elleni bűncselekményeknél a szabálysértési értékhatár módosítása (stb.) mind meghatározzák a bűnözési adatok alakulását. A szabálysértések nem jelennek meg a bűnügyi statisztikákban, ha az elkövetés által okozott kár mértéke nem haladja meg a szabálysértési értékhatárt (Nagy, 2016).

Az adatok értelmezésének fontos tényezője az is, hogy a statisztikai adatgyűjtések „követő" jellegűek, tehát az adatok rögzítése az adott szervezet tevékenységének lezárásakor történik (nyomozati szakasz lezárásakor, vádemeléskor, bírósági határozat jogerőre emelkedését követően) (Nagy, 2016). Becslések szerint az ENyÜBS-ben a regisztrált bűncselekményeknek kb. felét követték el a tárgyévben, kb. a negyedét pedig az előző évi cselekmények teszik ki (Kó, 2016). A bíróság az esetek 40%-ában egy éven belül, 18%-ban három éven belül meghozza a jogerős döntést, és 5%-ban 5 évnél is hosszabb lehet a bírósági döntési folyamat (Nagy, 2015). Tehát a bűncselekmények szá-

mának növekedése nemcsak a bűnözés erősödését jelentheti, hanem sokkal inkább azt, hogy az adott évben a hatóságok több eljárást fejeztek be.

A bűnügyi statisztikák értelmezése tekintetében fontos tudni, hogy a kimutatásban elkövetőként a 14 év feletti személyek jelennek meg, mivel büntethetőségi kor szempontjából főszabályként a 14 éves életkor az irányadó, azonban bizonyos súlyosabb bűncselekmények esetén a 12. életév, amennyiben az elkövető rendelkezik a szükséges belátási képességgel (Btk. 16. §).

A bűnelkövetés területi elemzését korlátozza az is, hogy a statisztikai rendszerekben a bűnelkövető lakcíme és nem az elkövetés helye kerül be, az ENyÜBS statisztikákban pedig az elkövető lakóhely szerinti adati álltak rendelkezésre, és ezeket elemeztük (KSH, 2008).

Végül a bűnügyi adatok elemzésének nehézsége, hogy a nemzeti büntetőjogi és statisztikai szabályozások eltérnek egymástól, a különböző fogalmak, eljárások és adatszolgáltatási rendszerek nehezítik a nemzetközi adatok összehasonlítását (Nagy, 2016).

Ennek megfelelően a rendelkezésünkre álló, alkohollal kapcsolatos bűnügyi adataink kizárólag a regisztrált bűncselekményekre vonatkoznak (így a szabálysértésekre nem) a 2009 és 2019 közötti időszakban. Az említett időszakban 2013. július 1-én került sor az új Büntető Törvénykönyv hatályba lépésére, ezért az elemzésre kerülő bűncselekmények között vannak olyanok, amelyek még a korábbi Btk. szabályai szerint minősülnek bűncselekménynek. A Btk. módosítása tehát jelentősen befolyásolja a bűncselekményekkel kapcsolatos adatokat.

A vizsgált időszakban a bűnügyi adatok alakulásának értelmezésében további jelentős változást hozott a 2012. évi II. törvény a szabálysértésekről, szabálysértési eljárásról és a szabálysértési eljárási rendszerről. Ez a törvénymódosítása tulajdon elleni szabálysértések értékhatárát 20 ezer forintról 50 ezer forintra emelte. Ennek következtében az 50 ezer forint alatti tulajdon elleni bűncselekmények már nem a bűnügyi statisztikában, hanem a szabálysértési statisztikában jelennek meg (Kó, 2019).

Az említettek mellett jelentős változást hozott, hogy a Járművezetés ittas állapotban bűncselekmény 2013. július 1-től az ENyÜBS-ben kerül regisztrálásra a szabálysértési statisztika helyett, mivel annak szabálysértési alakzata gépi meghajtású jármű tekintetében megszűnt (Ritter, 2020).

Mindez azt eredményezi, hogy a magatartás kriminalizálásával (2013. július 1.) megnőtt az ENyÜBS-rendszerben regisztrált ittas állapotban elkövetett járművezetés bűncselekmények száma.

Az elemzésben olyan bűncselekményeket mutatunk be, amelyek törvényi tényállása tartalmazza az alkoholos befolyásoltságot (pl. járművezetés ittas

állapotban), illetve azokat a bűncselekmények is, amelyek esetén az elkövető alkoholos befolyásoltság alatt állt.

A rendelkezésre álló ENyÜBS bűnügyi adatok azokat az elkövetett bűncselekményeket tartalmazzák, amelyek miatt eljárás indult. Az eljárás lezárultával kerül sor az adatok rögzítésére, így többek között az alkoholos befolyásoltság feltüntetésére is. Az ügyész vagy az ügyészségi statisztikus abban az esetben rögzíti az alkoholos befolyásoltság tényét, amennyiben az szerepel az eljárás iratanyagában. Az adatbázisban évi négyszer lehet élni a javítás lehetőségével a 12/2018-as BM rendelet alapján. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy csak az ismertté vált balesetek esetén kötelező vizsgálni az alkoholos befolyásoltságot, minden más bűncselekmény esetében az alkoholos befolyásoltsággal kapcsolatos adatok megbízhatósága megkérdőjelezhető (interjú kriminológus szakértővel).

Továbbá az ENyÜBS-adatok rögzítése és nyilvántartása 2018 második félévétől megváltozott. Míg korábban az elkövetők – amennyiben egyszerre több bűncselekményt követtek el – az elsődleges bűncselekmény elkövetésével kerültek csak az adatbázisba, 2018 második felétől azonban minden bűncselekmény esetében rögzítik az elkövetőt, vagyis az elkövetőkre vonatkozó adatok 2018-tól jelentős halmozódást tartalmaznak. Így a korábbi és az új adatnyilvántartási rendszer azonos bűncselekményeket tartalmazó adatsorai nem hasonlíthatóak egymáshoz (Legfőbb Ügyészség, 2019). Ezért az alábbiakban az elkövetőkre vonatkozó adatok esetében a 2009 és 2017 közötti időszakot vizsgáljuk.

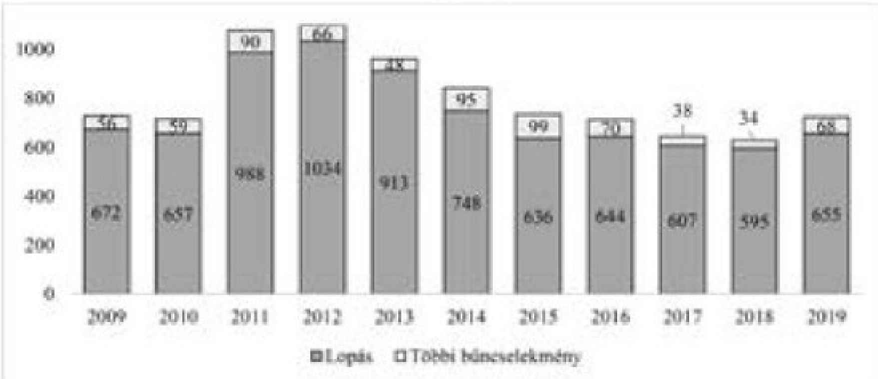
## 7.5. ALKOHOLLAL KAPCSOLATOS BŰNÜGYI ADATOK STATISZTIKAI ELEMZÉSE

### 7.5.1. Elemzés az ENyÜBS adatai alapján

#### *7.5.1.1. Az alkohol mint tárgy*

Amennyiben a bűncselekmény célja alkoholra irányul, az alkohol az elkövetés tárgyának minősül. Jellemző eset az alkohollopás és -rablás, de ide tartozik többek között a versenytárs utánzása, az orgazdaság, a rossz minőségű termék forgalomba hozatala, a kifosztás, a jogtalan kisajátítás vagy a jövedékkel visszaélés segítése stb.

**7.1. ábra. Az alkoholra mint tárgyra irányuló bűncselekmények számának alakulása a bűncselekmények típusa szerint**

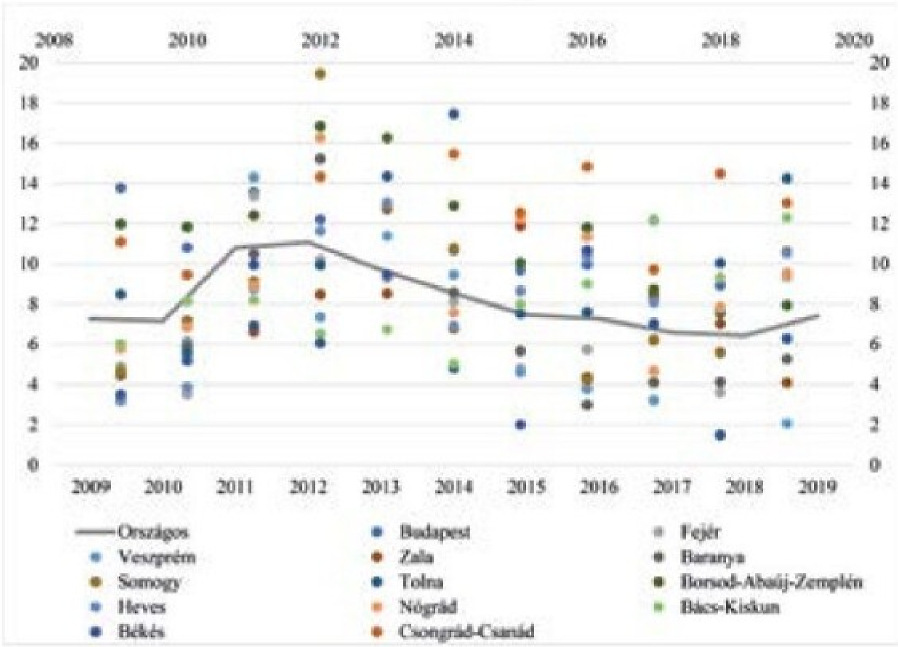



Forrás: saját szerkesztés ENyÜBS-adatok alapján

A 2009 és 2019 közötti időszakot vizsgálva a fenti ábra (7.1.) jól mutatja, hogy alapvetően stagnál az alkoholra mint tárgyra irányuló bűnelkövetések száma. 2010 után valamelyest nőtt az esetek száma, amely 2013-tól újra csökkenésnek indult, melynek hátterében a fentiekben bemutatott értékhatár-módosulás állhat (2013. július 1-től 20 ezer Ft-ról 50 ezer Ft-ra nőtt az értékhatár, így számos, korábban bűncselekménynek számító lopás szabálysértéssé vált). Az alkoholra irányuló bűncselekmények döntő többségét a lopás jelenti (a vizsgált időszakban a lopás aránya átlagosan 92%). Itt szintén fontos megjegyezni, hogy a lopások magas arányát a többi bűncselekményhez képest az magyarázhatja, hogy az alkoholtartalmú italok lopása bekerül a statisztikába, de a többi bűncselekmény esetében esetleges lehet a rögzítés (interjú kriminológus szakértővel). Az alkohollopás trendje azonos az összes alkoholra mint tárgyra irányuló elkövetés trendjének alakulásával.

2009-ben 100 ezer lakosra átlagosan 7,3, míg 2019-ben 7,4 alkoholra irányuló bűncselekményt követtek el, a vizsgált időszak átlaga 8,1. Az alkoholra irányuló bűncselekmények száma Csongrád megyében végig az országos átlag felett alakult. Több évben is itt találjuk a legmagasabb és a legkiugróbb értékeket. 2011-ben és 2013-ban 100 ezer lakosra 20 körüli az alkoholra irányuló bűncselekmények száma, amelyek a vizsgált időszak legmagasabb értékei. Csongrád megyében a trend is eltérően alakul az országos átlaghoz képest, míg a legtöbb megyében az átlagos trendhez igazodik. Ezenkívül még Borsod-Abaúj-Zemplén megyében és Budapesten haladja meg az átlagot a bűnelkövetések száma minden vizsgált évben. Bács-Kiskun és Tolna megyében 2015-től növekedett számottevően az esetek száma (7.2. ábra).

**7.2. ábra. A 100 ezer lakosra jutó, az alkoholra mint tárgyra irányuló bűncselekmények számának alakulása megyék szerint**

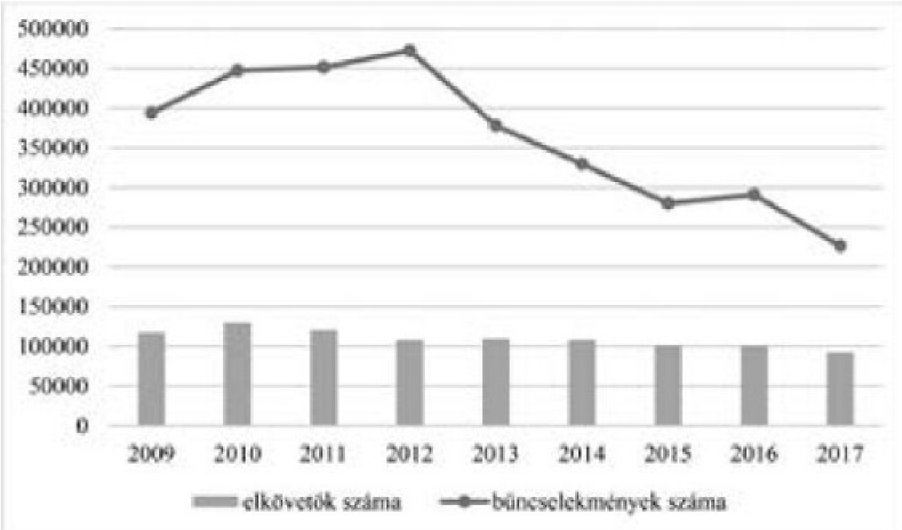



Forrás: Saját számítás ENyÜBS- és KSH-adatok alapján

### *7.5.1.2. Alkoholos befolyásoltság alatt álló elkövetők*

Az alábbi részben az alkoholos befolyásoltság alatt álló elkövetők számának alakulását tekintjük át szintén az ENyÜBs adatai alapján.

**7.3. ábra. Az összes bűncselekmények és az összes elkövető számának alakulása**

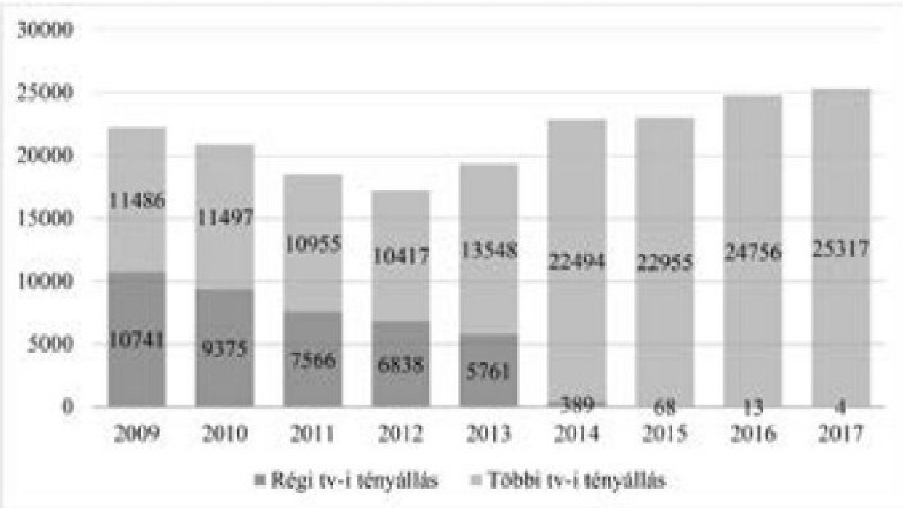



Forrás: saját szerkesztés ENyÜBS- és KSH-adatok alapján

A 7.3. ábra az összes bűncselekmény és elkövető számának alakulását mutatja 2009 és 2017 között az alkoholos és egyéb befolyásoltságtól függetlenül. Jól látható, hogy amíg az elkövetők száma nem változik számottevően – 2014 óta csökkenő a tendencia, addig a bűncselekmények száma 2009–2012 között enyhe emelkedést követően drasztikus csökkenést mutat 2017-ig. A 2015 és 2016 közötti időszak kivételével kevesebb mint a felére csökkent a bűncselekmények száma 2012 és 2017 között.

Az ellentmondásos trendeket ebben az esetben is magyarázhatja a 2012-es Btk.-változás: az, hogy a korábbi bűncselekmények 2012 után szabálysértéssé váltak, jelentősen csökkenthette a bűncselekmények számát. Továbbá szerepet játszhatnak az adatok alakulásában a rendőrség közrendvédelmi állományának csökkenése, az adatgyűjtési rendszer változása és az a globális tendencia is, hogy a fejlett országokban csökken az ismertté vált bűncselekmények száma (interjú kriminológus szakértővel).

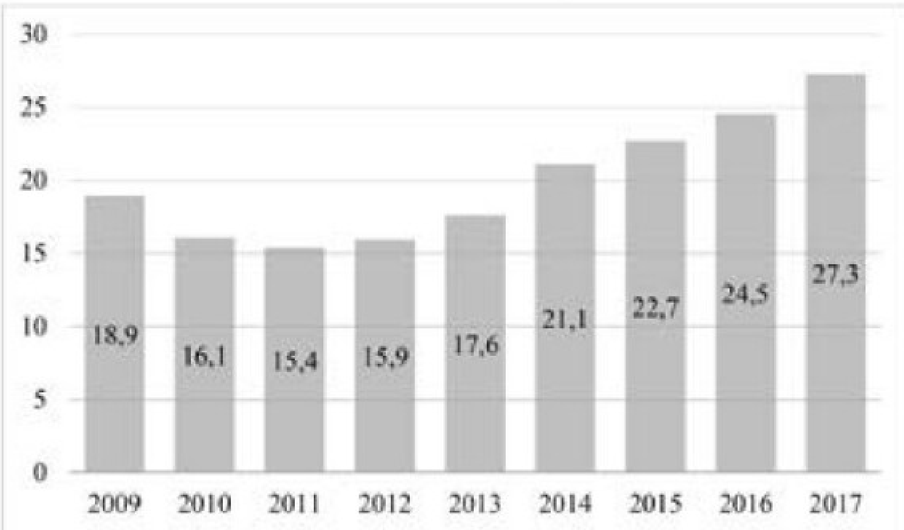
**7.4. ábra. Alkoholos befolyásoltság alatt álló bűnelkövetők száma**




Forrás: saját szerkesztés ENyÜBS-adatok alapján

A 7.4. ábra az alkoholos befolyásoltság alatt álló elkövetők számának alakulását mutatja 2009 és 2017 között. Láthatjuk, hogy a korábbi Btk. törvényi tényállásai szerinti elkövetők száma 2013 után nagymértékben lecsökken az új Btk. bevezetésével. Az elkövetők száma közel 22 ezerről 2012-ig egyenletesen csökkent, majd azóta – a 2015-ös enyhe visszaesést követően – növekvő tendenciát mutat. 2017-ben meghaladta a 25 ezret az alkoholos befolyásoltság alatt álló elkövetők aránya.

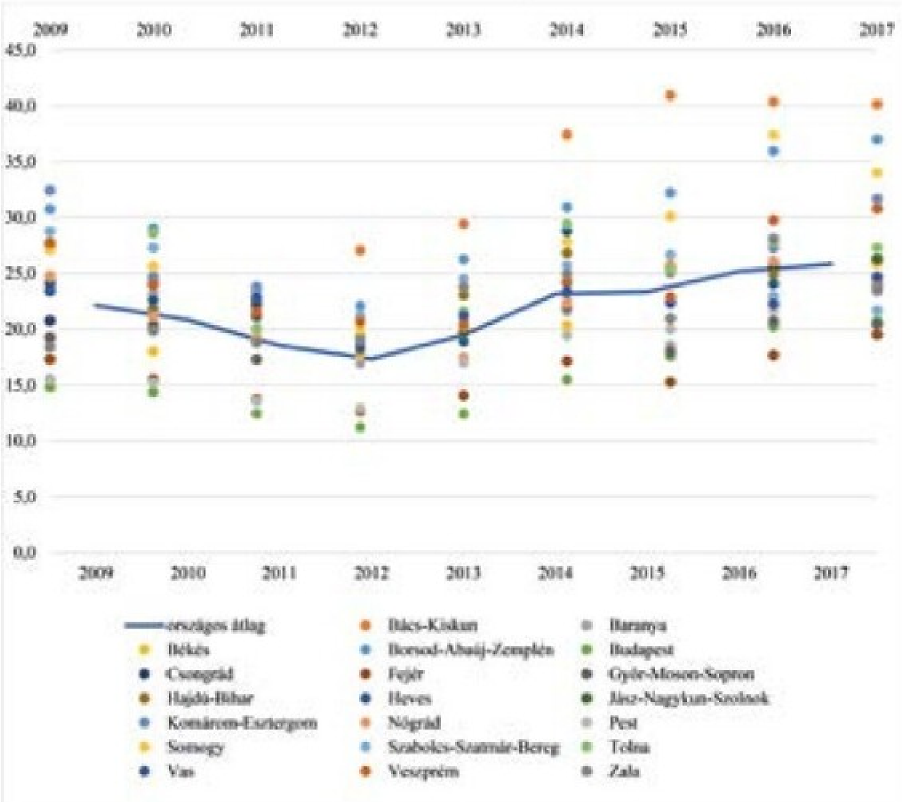
**7.5 ábra. Az alkoholos befolyásoltság alatt álló elkövetők aránya az összes bűnelkövetőhöz képest (%)**




Forrás: Saját számítás ENyÜBS-adatok alapján

Mivel az elkövetők száma nem változott számottevően a vizsgált időszakban, az alkoholos befolyásoltság alatt álló elkövetők arányának trendje igazodik az előző ábra (7.4.) változásaihoz. Ennek megfelelően a 2009–11 közötti időszak enyhe csökkenését követően 2012 és 2017 között 11,4 százalékponttal nőtt az alkoholos befolyásoltság alatt álló elkövetők aránya.

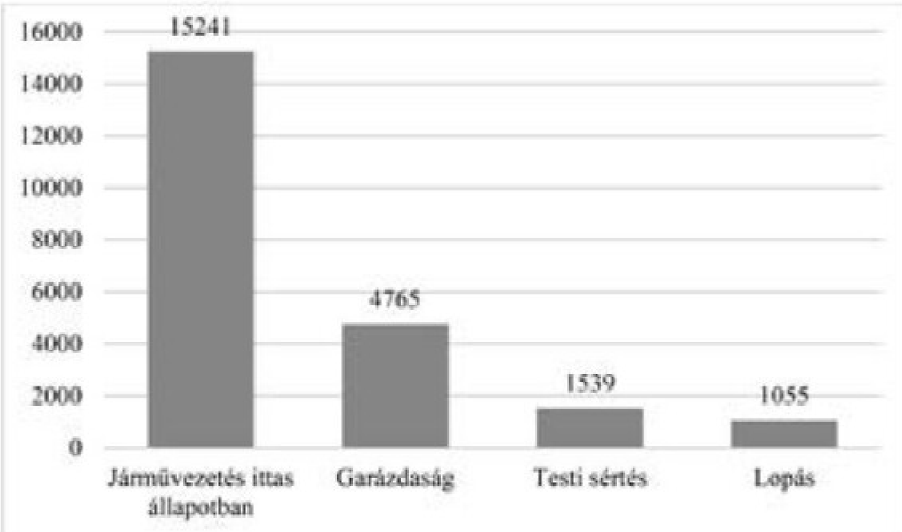
**7.6. ábra. 100 ezer lakosra jutó alkoholos befolyásoltság alatt álló bűnelkövetők száma megyék szerint**




Forrás: Saját számítás ENyÜBS- és KSH-adatok alapján

A legtöbb megyében az alkoholos befolyásoltság alatt álló bűnelkövetők száma az országos trendhez igazodik; 2009-től 2012-ig csökkenő trendet mutat, majd 2012-től emelkedik a számuk. Bács-Kiskun megyében kiugró a 100 ezer lakosra jutó alkoholos bűnelkövetők száma: a teljes vizsgált időszakban az átlagos felett alakult, azonban 2012-től jelentősebb mértékben emelkedett (2012-ben 27, 2015-ben 41 alkoholos bűnelkövető volt), és nagy eltérést mutat a többi megyéhez képest. Ezenkívül Borsod-Abaúj-Zemplén és Somogy megyében alakulnak magasan a számok.

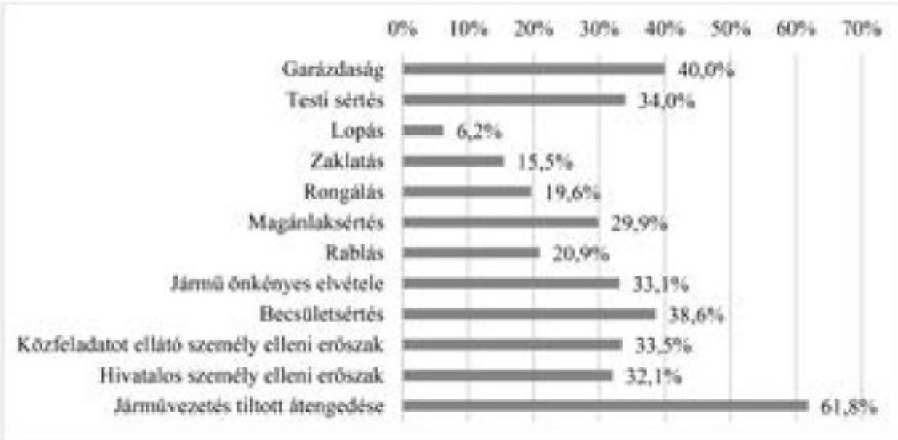
**7.7.ábra. A leggyakoribb bűncselekmények az alkoholos befolyásoltság alatt álló elkövetők száma szerint 2017-ben**




Forrás: Saját szerkesztés ENyÜBS-adatok alapján

Az alkoholos befolyásoltság alatt álló elkövetők száma négy bűncselekmény – ittas járművezetés, garázdaság, testi sértés és lopás – esetében haladta meg az ezret az utolsó általunk vizsgált évben, melyek az alkoholos bűnelkövetés több mint 90%-át jelentik. Ezeken belül is az ittas járművezetők teszik ki az alkoholos bűnelkövetők több mint 60%-át, a garázdaságot elkövetők pedig további közel 19%-ot. A testi sértés és a lopás valamivel meghaladja a 10%-ot az alkoholos befolyásoltság alatt álló bűnelkövetőkön belül. Fontos hangsúlyozni, hogy az ittas járművezetés magas arányát magyarázhatja, hogy ebben az esetben a törvényi tényállásban is szerepel az alkoholos befolyásoltság, míg más bűncselekmények esetében az elkövető ittassága rejtve maradhat.

**7.8. ábra. Alkoholos befolyásoltság alatt álló elkövetők aránya a leggyakoribb alkoholos bűncselekmények szerint 2017-ben**

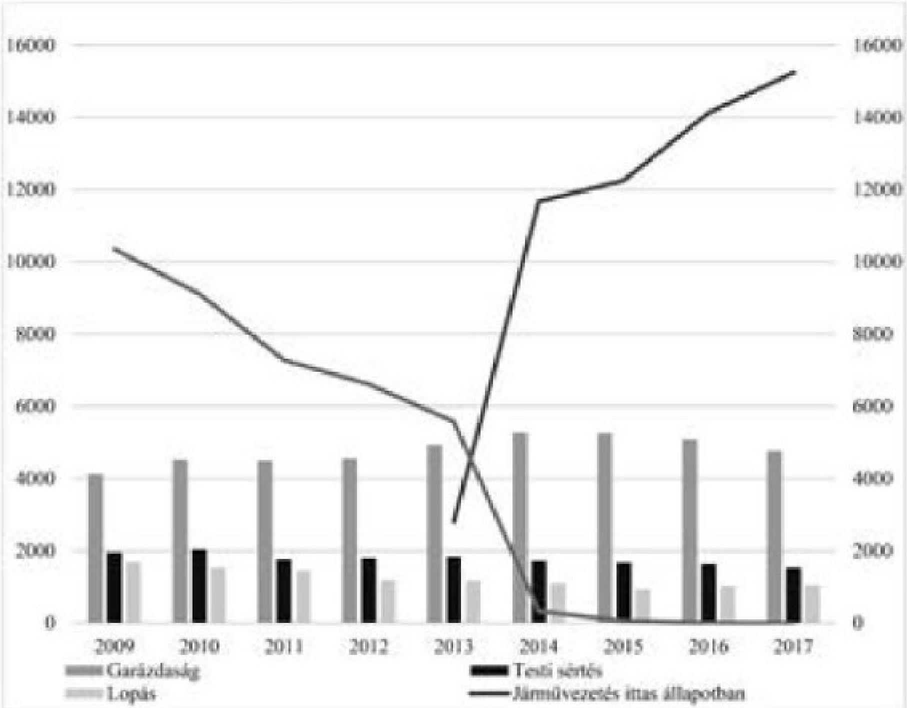



Forrás: Saját számítás ENyÜBS-adatok alapján

Ha azt vizsgáljuk, hogy az adott bűncselekményeket – melyeknek törvényi tényállásában nem szerepel az ittasság, mint az ittas járművezetés esetében – milyen arányban követik el ittasan, akkor a leggyakoribb ittasan elkövetett bűncselekmények esetében a fenti arányokat találjuk (7.8. ábra). Az ábrán az esetszámok szerinti csökkenő sorrendben tüntettük fel a bűncselekményeket. A nagyszámú garázdaság 40%-át és a testi sértéseknek is harmadát ittasan követik el – pontosabban ennyi esetben derül fény az ittasságra.

A lopás esetében sokkal alacsonyabb az ittasan elkövetők aránya (6,2%), az esetszáma (N=1055) mégis a negyedik legmagasabb az alkoholos befolyásoltság alatt elkövetett bűncselekmények között. Kiemelendő még a járművezetés tiltott átengedésének magas aránya, azonban ennek esetszáma kicsi, összesen 168 ilyen bűncselekmény rendőrségi eljárása zárult le 2017-ben.

**7.9. ábra. Alkoholos befolyásoltság alatt álló elkövetők számának alakulása a leggyakoribb bűncselekmények szerint**



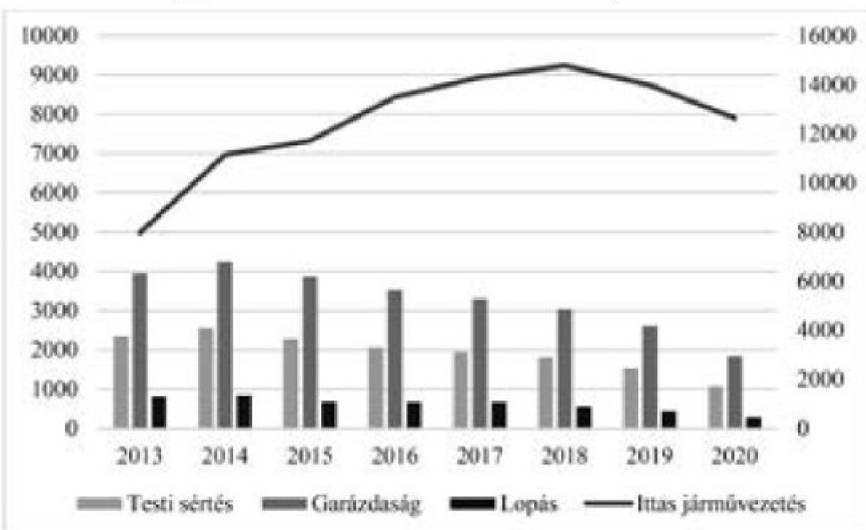

Forrás: Saját szerkesztés ENyÜBS-adatok alapján

A leggyakoribb bűncselekményeket elkövetőket 2009-től vizsgálva látható (7.9. ábra), hogy a testi sértést és lopást elkövetők száma kismértékben csökken a vizsgált időszakban, míg a garázdaságot elkövetők száma 2014-ig valamelyest nő, majd utána csökken. Az ittas járművezetés törvényi tényállása megváltozott az új Btk.-val (Btk. 2012), korábban pszichoaktív szerek befolyásoltsága alatt álló elkövetéssel együtt regisztrálták (ld. járművezetés ittas vagy bódult állapotban). 2014-től hasonló trendvonalat látunk, az ittas járművezetők száma növekszik, amit a gyakoribb közúti ellenőrzés is magyarázhat. Illetve fontos kiemelni, hogy a rendőri korrupció felszámolása érdekében is több lépést tettek a 2010-es években, ami szintén hozzájárulhat a hatékonyabb közúti ellenőrzésekhez (K-Monitor, 2012).

### 7.5.2. Elemzés az Országos Bírói Hivatal adatai alapján

A következőkben az Országos Bírói Hivatal (továbbiakban OBH) adatait elemezzük a fenti négy leggyakoribb alkoholos befolyásoltság alatt álló bűnelkövetés – ittas járművezetés, garázdaság, testi sértés és lopás – tekintetében. Az OBH regisztere a jogerőre emelkedett bűncselekményekkel kapcsolatos adatokat tartalmazza. 2013-tól 2020-ig állnak rendelkezésünkre adatok az ittasan elkövetett bűncselekményekről, az adatbázis az elkövetők néhány háttérváltozóját (kor, nem és iskolai végzettség) is tartalmazza. Fontos megjegyezni, hogy a jellemzően elhúzódó büntetőjogi eljárások miatt az évszám a jogerőre emelkedés évét jelenti, és nem a bűncselekmény elkövetésének évét. A fenti ENyÜBS-adatoktól való eltérést így magyarázhatja, hogy azok esetében az évszám a rendőrségi eljárás lezárását jelöli, míg az alábbi adatoknál a jogerőre emelés éve szerepel a statisztikákban.

**7.10. ábra. A leggyakoribb ittasan elkövetett bűncselekmények számának alakulása**



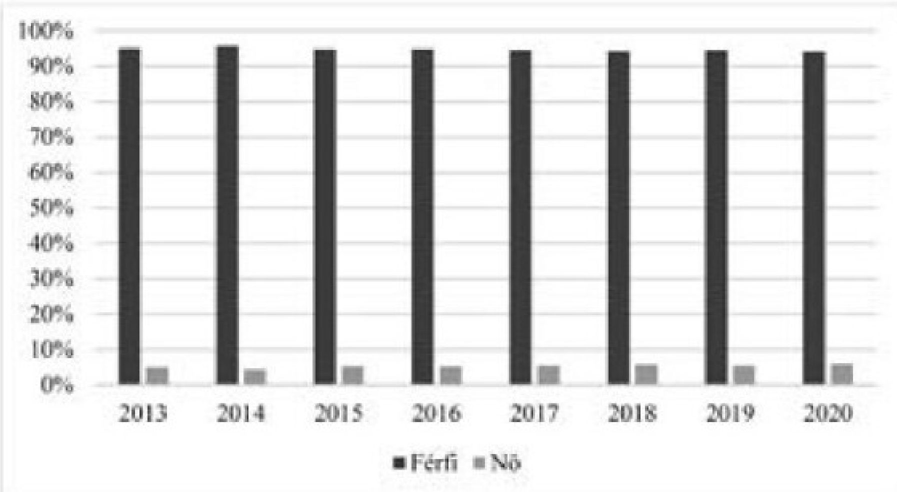

Forrás: Saját szerkesztés OBH-adatok alapján

A 7.10. ábrán látható trend igazodik a fenti 7.9. ábrán bemutatott adatokhoz, 2014-től a garázdaság, a testi sértés és a lopás is csökkenő tendenciát mutat, míg az ittas járművezetés 2013-tól 2017-ig növekszik, majd kismértékben csökken.

Az alábbiakban az ittas járművezetést, ittasan elkövetett garázdaságot, testi sértést és lopást elkövetők nem, korcsoport és iskolai végzettség szerinti megoszlását vizsgáljuk.

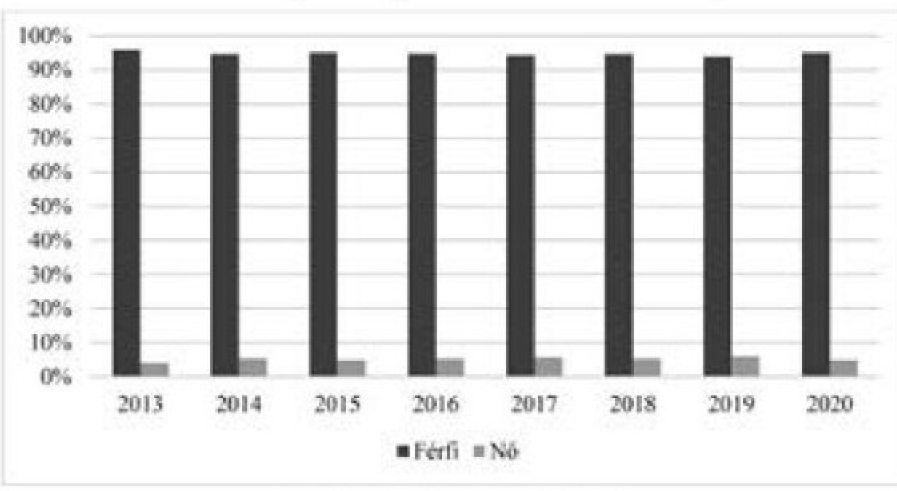
### 7.5.3. Nemek szerinti megoszlás

**7.11. ábra. Ittas járművezetés elkövetőinek nemek szerinti megoszlása**



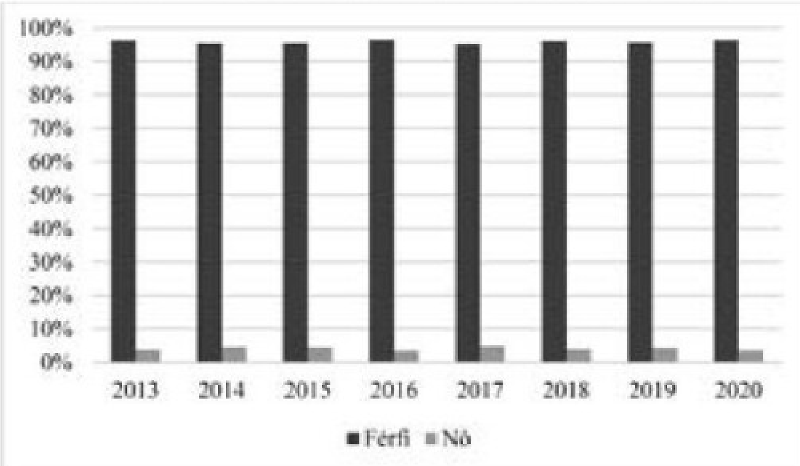

Forrás: Saját számítás OBH-adatok alapján

**7.12. ábra. Ittasan garázdaságot elkövetők nemek szerinti megoszlása**



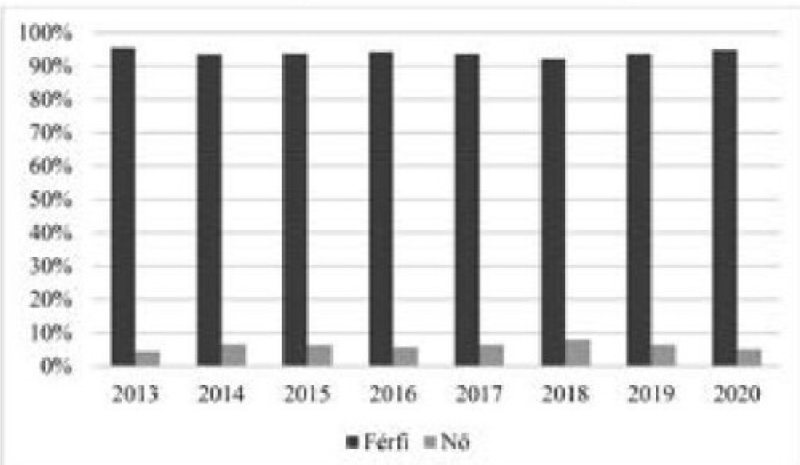

Forrás: Saját számítás OBH-adatok alapján

**7.13. ábra. Ittasan testi sértést elkövetők nemek szerinti megoszlása**




Forrás: Saját számítás OBH-adatok alapján

**7.14. ábra. Ittasan lopást elkövetők nemek szerinti megoszlása**



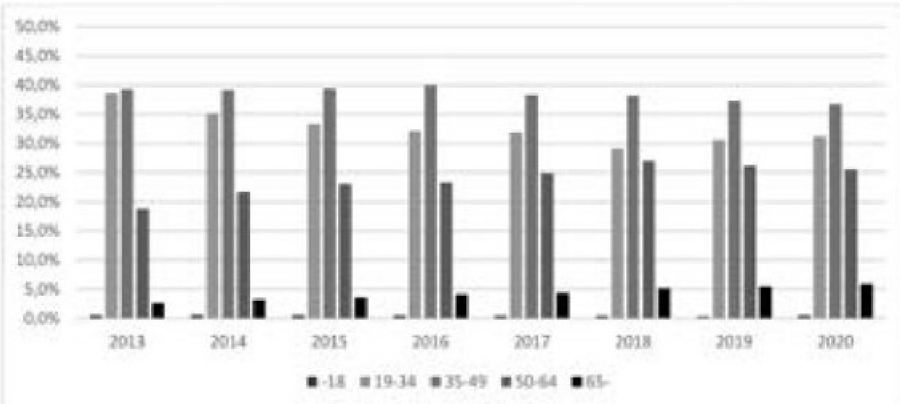

Forrás: Saját számítás OBH-adatok alapján

A leggyakoribb ittasan elkövetett bűncselekményeket döntő többségében férfiak követik el. A testi sértés kivételével mindegyik vizsgált bűncselekmény esetében kismértékű (legfeljebb 1 százalékpontos) növekedést mutat a nők aránya a 2013 és 2020 közötti időszakban. Az ittasan lopást elkövetők körében találunk legnagyobb arányban nőket, 2018-ban közel 8% az arányuk. Összességében el-

mondható azonban, hogy mindegyik vizsgált bűncselekmény esetében a férfiak aránya legalább 94% vagy annál magasabb (7.11–14. ábra).

### 7.5.4. Korcsoportok szerinti megoszlás

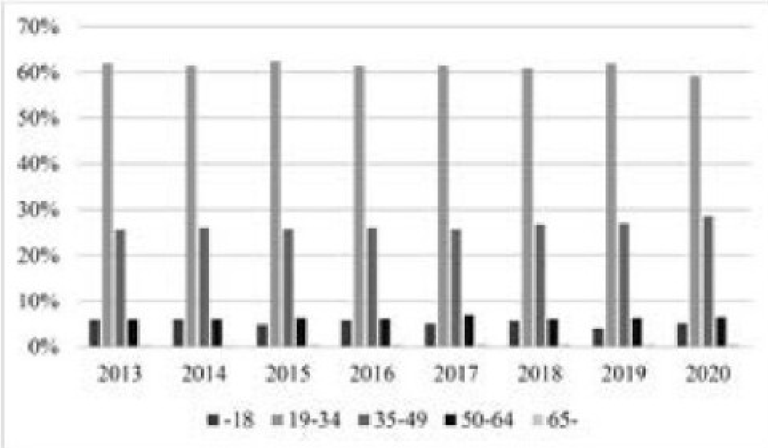
**7.15. ábra. Ittas járművezetés elkövetőinek korcsoportok szerinti megoszlása**




Forrás: Saját számítás OBH-adatok alapján

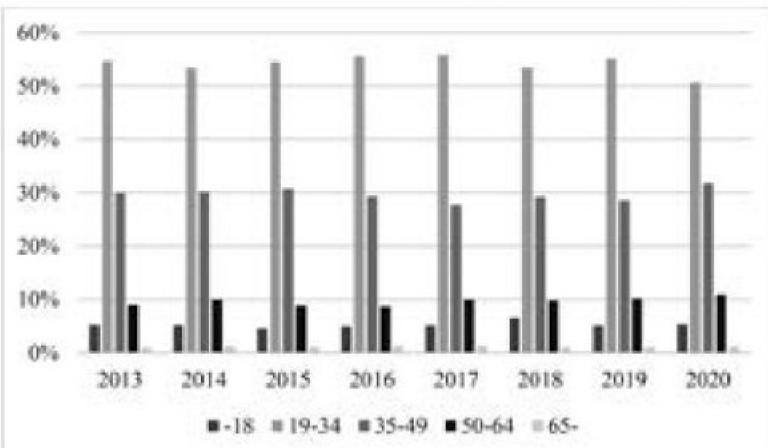
A fenti eloszlás (7.15. ábra) azt mutatja, hogy az ittas járművezetések legnagyobb részét a 19–64 év közötti felnőttek követik el. A 35–49 éves korosztálynak a legnagyobb az aránya: 2013-ban az ittas járművezetések közel 40%-át, míg 2020-ban 37%-át követték el, a vizsgált időszakban kismértékű csökkenő tendencia figyelhető meg. 2013 és 2018 között nagyobb mértékű csökkenő trend látható a fiatal felnőtt korosztályban is (19–34 év): 2013-ban közel 40%, míg 2018-ban kevesebb mint 30% volt az arány. Ez a korosztály szintén nagy arányban 2020-ban kb. az ittas járművezetések harmadáért felelős. Ezzel szemben az 50 évnél idősebbek aránya enyhén növekedett a 2013 és 2020 közötti időszakban. Az 50–64 évesek aránya szintén magas, 2018-ig 27%-ig emelkedik, majd 2019-ben és 2020-ban valamelyest újra csökken. 18 év alattiaknak elenyésző az aránya az ittas járművezetés elkövetői között.

**7.16. ábra. Ittasan garázdaságot elkövetők korcsoportok szerinti megoszlása**



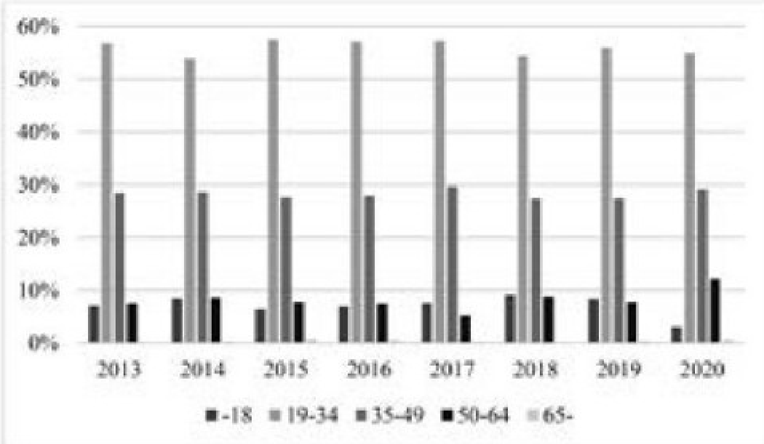

Forrás: Saját számítás OBH-adatok alapján

**7.17. ábra. Ittasan testi sértést elkövetők korcsoportok szerinti megoszlása**




Forrás: Saját számítás OBH-adatok alapján

**7.18. ábra. Ittasan lopást elkövetők korcsoportok szerinti megoszlása**

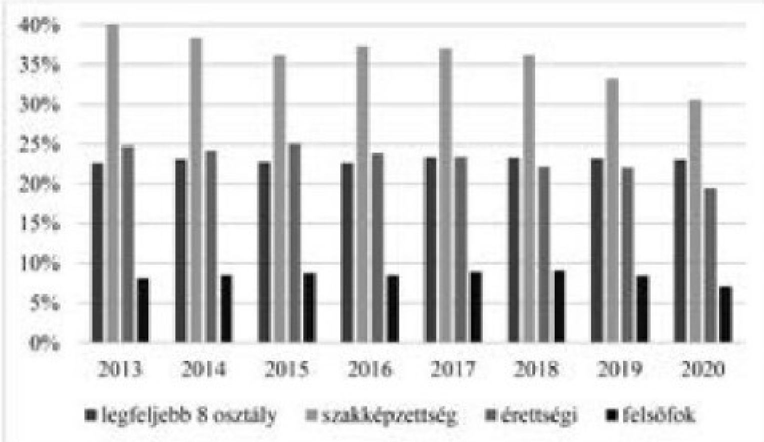



Forrás: Saját számítás OBH-adatok alapján

Az ittasan garázdaságot, testi sértést és lopást elkövetők korcsoportok szerinti eloszlásának (7.16–18. ábra) mintázata nagyon hasonlóan alakul, és jelentősen eltér az ittas járművezetés korcsoportok szerinti megoszlásától. A korcsoportok szerinti megoszlás meglehetősen stabil a vizsgált időszakban. Mindhárom bűncselekmény esetében a fiatal felnőttek (19-34 év közöttiek) aránya meghaladja az 50%-ot a vizsgált időszakban, főként az ittas garázdaságra jellemző, hogy leginkább ez a korosztály követi el, csak 2020-ban csökken az arányuk valamivel 60% alá. A 35–49 éves korosztály követi el ittasan a fenti bűncselekmények – garázdaság, testi sértés és lopás – legalább negyedét. Garázdaságot és lopást a 18 év alattiak és a 50–64 év közöttiek hasonló arányban követnek el ittasan a vizsgált időszakban, ez alól kivételt a 2020-as év képez, amikor az ittasan lopást elkövetők körében az 50–64 éves korosztály aránya 12%-ra emelkedett, míg a 18 éven aluliak aránya csökkent, nem éri el az 5%-ot. Az ittasan testi sértést elkövetők körében a 18 éven aluliak aránya 5% körüli, az 50–64 éves korosztály aránya 10% körül alakul.

### 7.5.5. Iskolai végzettség szerinti megoszlások

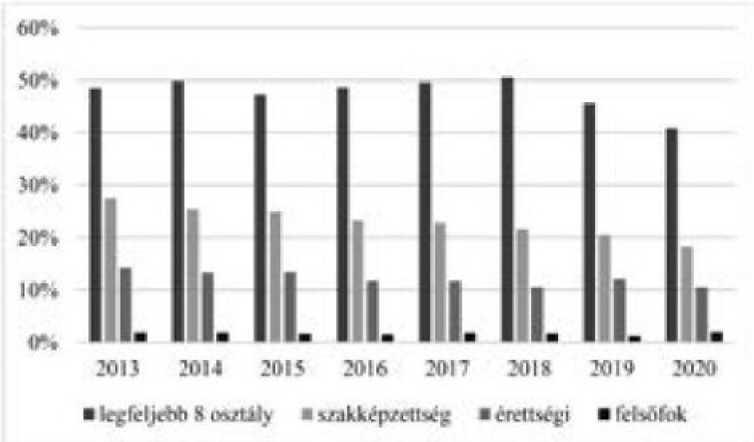
**7.19. ábra. Ittas járművezetés elkövetőinek iskolai végzettség szerinti megoszlása**




Forrás: Saját számítás OBH-adatok alapján

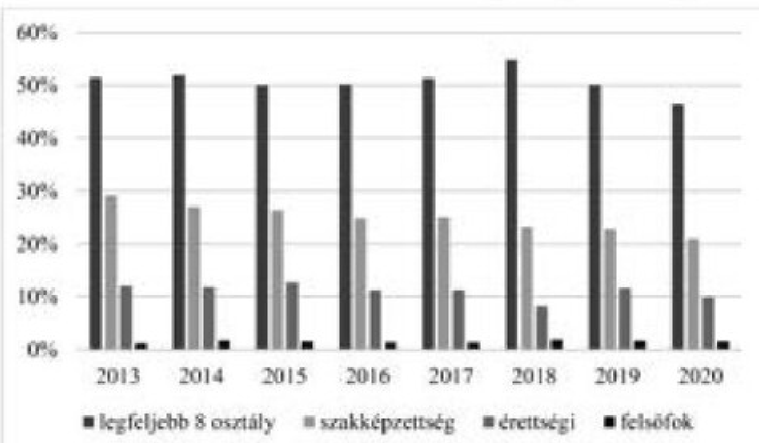
Az ittas járművezetést legnagyobb arányban a szakképzettséggel rendelkezők követik el, 2013-ban az ittas járművezetés 40%-át okozták, majd kismértékű csökkenő tendencia figyelhető meg: arányuk 2020-ban haladja meg a 30%-ot. Az ittas járművezetések valamivel kevesebb mint negyedét a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők követik el, arányuk kifejezetten stabil marad a vizsgált időszakban. Az ittas járművezetés nagyon hasonló arányáért felelősek az érettségivel rendelkezők, 2013 és 2017 között közel a negyedéért, majd csökkenő trendet látunk, 2020-ban arányuk nem éri el a 20%-ot. Az ittas járművezetők körében a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya 5% és 10% között alakul a vizsgált időszakban (7.19. ábra).

**7.20. ábra. Ittasan garázdaságot elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása**



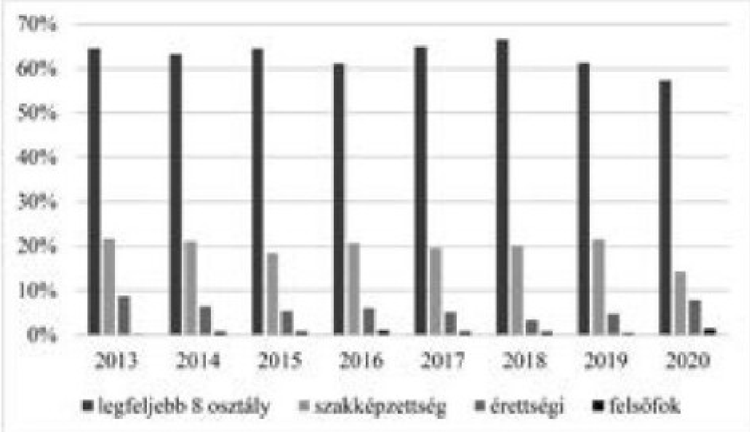

Forrás: Saját számítás OBH-adatok alapján

**7.21. ábra. Ittasan testi sértést elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása**




Forrás: Saját számítás OBH-adatok alapján

**7.22. ábra. Ittasan lopást elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása**




Forrás: Saját számítás OBH-adatok alapján

Hasonlóan a korcsoportos megoszláshoz: a garázdaság, a testi sértés és a lopás ittas elkövetőinek iskolai végzettség szerinti megoszlása nagyon hasonlóan alakul (7.20–22. ábra). Legnagyobb arányban a legalacsonyabb végzettséggel, legfeljebb 8 általánossal rendelkezők követik el ittasan a fenti bűncselekményeket. Minél magasabb az iskolai végzettség körükben, annál kisebb az ittasan elkövetett bűncselekmények elkövetőinek aránya.

A lopás esetében (7.22. ábra) a legfeljebb 8 osztállyal rendelkezők aránya meghaladja a 60%-ot, majd 2018 után ez valamelyest csökken. 2018-at követően csökkenő trend látszik a másik két bűncselekmény esetében is: 2020-ban a garázdaságot ittasan elkövetők alig több mint 40%-át követik el a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők, az ittasan elkövetett testi sértés esetében ez az arány 48% körül alakul. A szakképzettséggel rendelkezők aránya egyenletes csökkenést mutat a garázdaság és a testi sértés ittas elkövetése esetében. A szakképzettséggel rendelkezők aránya az ittasan elkövetett lopás esetében változékonyabb, 20% körüli, majd 2020-ban alig éri el a 15%-ot. Az érettségivel rendelkezők aránya a fenti három ittasan elkövetett bűncselekmény esetében szintén változatos a vizsgált időszakban, a lopás esetében a legalacsonyabb (5 és 10% közötti), a garázdaság esetében pedig a legmagasabb (10% és 14% közötti). A felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya elenyésző az ittasan elkövetett garázdaság, testi sértés és lopás tekintetében.

Fontos megjegyezni, hogy az összes bűncselekmény esetében is hasonlóak a tendenciák, általánosságban is igaz, hogy a bűnelkövetők nagyobb arányát teszik ki a férfiak, a 25–59 éves korosztály és az alacsonyabb iskolai végzett-

ségűek (KSH, 2008). A fejezetben vizsgált egyes bűncselekménytípusokkal kapcsolatban nem állt rendelkezésre hozzáférhető adat.

## 7.6. ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTETÉSEK

A bűnügyi adatok elemzése során azokat a bűncselekményeket vizsgáltuk, amelyeknek tényállási eleme az alkohol, illetve amelyeknek elkövetésére alkoholos befolyásoltság hatása alatt kerül sor. Ezeknek az adatoknak a megbízhatóságát egyértelműen meghatározza, hogy kizárólag az ismertté vált balesetek esetében kötelező az elkövető alkoholos befolyásoltságát vizsgálni. Minden más esetben nincsenek világos protokollok arra vonatkozóan, hogy mikor kerül az alkoholos befolyásoltság ténye egy-egy eljárás iratanyagába.

Az ENyÜBS-adatok, tehát az elkövetés szerinti esetek elemzése során megállapítható, hogy az alkoholra mint tárgyra irányuló bűncselekmények körében leggyakrabban lopást követnek el. Illetve mind a lopás, mind más ilyen jellegű bűncselekmények elkövetése alapvetően stagnált 2009–2019 között. A lopás magas arányát szintén magyarázhatja, hogy az alkoholtartalmú italok lopása mindenképpen bekerül az alkoholra mint tárgyra irányuló bűncselekmények statisztikájába, mert könnyebben felderíthető.

Az alkoholos befolyásoltság alatt elkövetett bűncselekmények tekintetében pedig megállapítható, hogy leggyakrabban járművezetés ittas állapotban, garázdaság, testi sértés és lopás elkövetése merült fel az általunk vizsgált utolsó évben, 2017-ben. Az ittas járművezetés kiemelkedő aránya mögött az húzódhat meg, hogy az ismertté vált balesetek esetében kötelező vizsgálni az elkövető alkoholos befolyásoltságát.

Az elemzés során kiderült, hogy míg 2009–2017 között a bűncselekmények száma csökkent, addig az elkövetőké tulajdonképpen stagnált. Mindezt magyarázhatja a 2012-es Btk.-változás, melynek eredményeképp egyes bűncselekmények szabálysértésekké változtak, a szabálysértési értékhatár emelkedett. Továbbá a vagyon elleni bűncselekményeknél az értékhatárok csökkentése következtében csökkennek a bűnügyi statisztikában megjelenő bűncselekmények, illetve növekednek a szabálysértési statisztikákban megjelenők.

Az OBH adatbázisa, amely a jogerőre emelkedett bűncselekményeket mutatja, már szociodemográfiai jellemzőket is tartalmaz. A tendenciák az összes bűncselekményt elkövetők jellemzőihez hasonlítanak. Ez alapján az látható, hogy a leggyakrabban elkövetett négy bűncselekményt (járművezetés ittas állapotban, garázdaság, testi sértés és lopás) jellemzően férfiak követik el. Korcsoport alapján pedig utóbbi három bűncselekményt leginkább a fiatal

felnőttek (19–34 év közöttiek), míg a járművezetés ittas állapotban bűncselekményt leginkább a 35–49 év közötti felnőttek követik el. Az elkövetők legmagasabb iskolai végzettségét vizsgálva pedig megállapítható, hogy járművezetés ittas állapotban bűncselekményt jellemzően szakképzettséggel rendelkezők, míg az utóbbi három bűncselekményt a legfeljebb 8 általánossal rendelkezők követik el.

## HIVATKOZÁSOK

Belügyminisztérium, Legfőbb Ügyészség (2019). Egységes nyomozó hatósági és ügyészségi bűnügyi statisztika. Módszertani útmutató az adatok leválogatásához.

Btk. (2012). Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény.

Gönczöl K. – Kerezsi K. – Korinek L. – Lévay M. (2006). *Kriminológia-Szakkriminológia*. Complex Kiadó Jogi és Üzleti Tartalomszolgáltató Kft., Budapest.

Karasz Zs. (2015). *Jogszabályváltozás okai* és *annak hatásai a közlekedési bűncselekmény körében, különös tekintettel az ittas járművezetésre.* Jogi Fórum Publikáció. Kecskemét.

K-Monitor (2012). Az Orbán kormány a korrupcióért és a korrupció ellen. A K-Monitor elemzése az Orbán-kormány korrupcióval kapcsolatos intézkedéseiről. https://kmonitor.hu/files/page/k_monitor_felidoertekelo.pdf (utolsó letöltés: 2022.08.05.).

Kó J. (2016). Az ENYÜBS rendszer kriminológiai szempontból. In: *Kriminológiai Tanulmányok 53.* (Szerk. Vókó Gy.) Budapest, OKRI.

Kó J. (2019). Miért csökken a regisztrált bűncselekmények száma? *Belügyi Szemle,* 67 (6), 69–84.

Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium Főosztálya (2012). Az áldozatok, a becsületesek, a tulajdonukat jogosan védők oldalán az új Büntető Törvénykönyv – Döntött a parlament az új büntetőjogi kódexről. Összefoglaló.

Központi Statisztikai Hivatal (2008). Az ismertté vált bűncselekmények és elkövetőik Magyarországon. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/regiok/orsz/ismertbun.pdf (utolsó letöltés: 2022.08.03.).

Legfőbb Ügyészség (2019). Tájékoztató a 2018. évi bűnözésről. Dr. Nagy Tibor, főosztályvezető ügyész, Budapest. http://ugyeszseg.hu/pdf/statisztika/Tajekoztato_a_2018_evi_bunozesrol.pdf (utolsó letöltés: 2021.09.07.).

Mészáros Á. (2014). Az ittas járművezetés egyes kérdéseiről. *Miskolci Jogi Szemle,* 9 (1).

Nagy T. (szerk.) (2015). *A büntetőbíróság előtti ügyészi tevékenység főbb adatai I., 2014.* Budapest, Legfőbb Ügyészség.

Nagy T. (2016). A bűnügyi statisztika. In: Borbíró A. – Gönczöl K. – Kerezsi K. – Lévay, M. (szerk.): *Kriminológia.* Budapest, Wolters Kluwer, 521–583.

Tibay Á. P. (2005). Alkohol és a bűn, bűnözés kapcsolata. *Börtönügyi Szemle,* 24 (2), 65–82.

Ritter I. (2020). Alkoholfogyasztás és közlekedés számokban. In: *Kriminológiai Tanulmányok 57.* OKRI, Budapest. 161–178.

Szabs. tv. (2012). 2012. évi II. törvény a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről.

# 8. ITTASAN OKOZOTT KÖZÚTI BALESETEK

Kutrovátz Kitti – Gelencsér Anna

Ebben a fejezetben az alkoholos befolyásoltság alatt történő közúti balesetek adatait elemezzük a Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH) statisztikái alapján. Az elemzéskor minden esetben a legfrissebb rendelkezésünkre álló adatokat vettük figyelembe, ezért a vizsgált időszakok némileg eltérnek egymástól. Továbbá a vizsgált időszakok ugyanezen ok miatt szintén eltérőek.

## 8.1. ADATSZOLGÁLTATÁS INTÉZMÉNYI HÁTTERE, PROTOKOLLJA

Az alkoholos befolyásoltság alatt történő közúti baleseti adatokat az Országos Rendőr-főkapitányság (továbbiakban: ORFK) gyűjti, az adatokat a KSH számára továbbítják. Ezenkívül az Egységes Nyomozó Hatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika (továbbiakban ENyÜBS) is tartalmaz adatokat az ittas állapotban elkövetett közúti balesetekről (ld. 7. fejezet). A két adatbázist vizsgálva megfigyelhető, hogy a KSH gyűjtésében több eset szerepel, mint az ENyÜBS-ben. Ennek az az oka, hogy nem minden személyi sérüléssel járó közúti baleset valósít meg bűncselekményt vagy szabálysértést, így például nem kerül be a közúti baleset az ENyÜBS-statisztikába, ha csak maga az okozó járművezető sérül meg (Ritter, 2020).

Az adatok a baleseti helyszínelést követően keletkeznek, majd a baleseti helyszínelő a rendőrkapitányságon, számítógépen keresztül rögzíti az esetet egy előre meghatározott bejelentő lapon, amelyhez értelmezési segédlet is társul. Mindkét formanyomtatványt a KSH dolgozta ki. Amennyiben az első kitöltés során hiány merülne fel, azt a *Robotzsaru*[1] program az ellenőrző algoritmus segítségével észleli, így az adatok mindenre kiterjedően kerülnek végül a rendszerbe. Az így keletkezett adatokat havonta továbbítja az ORFK a KSH-nak. Az ORFK a KSH számára az egyes ügyeket azonosítóval látja el (Jámbor István r. ezredes, rendőrségi főtanácsos, osztályvezető – ORFK Rendészeti Főigazgatóság, Közlekedésrendészeti Főosztály, Közlekedésrendészeti Szakirányító Osz-

[1] Az ORFK integrált ügyviteli, ügyfeldolgozó és elektronikus iratkezelő rendszere.

tály).

## 8.2. DEFINÍCIÓK

Járműnek minősül a közúti, vasúti, vízi és légi jármű, illetve ide tartoznak még a vontatott és önjáró gépek is (Ritter és mtsai, 2019). Tehát az utasok és a gyalogosok nem követhetnek el közúti balesetet, ugyanakkor okozóként a KSH adatbázisában szerepelhetnek (KSH, 2014). Ezenfelül pedig csak azt a cselekményt rögzíti a KSH közúti balesetként, amely „váratlan, nem szándékosan előidézett forgalmi esemény, amely közúton következett be vagy onnan eredt, amelyben legalább egy mozgó (közúti) jármű, vagy igavonásra is használható állat közrejátszott, és amelynek következtében egy vagy több személy meghalt, vagy megsérült" (KSH, 2014).

Az alkoholos befolyásoltság megállapítására véralkohol-vizsgálat eredményeképpen kerül sor, vagy ennek hiányában a baleseti helyszínelő véleményezése alapján állapítják meg (KSH, 2014). Az alkoholfogyasztás ellenőrzését az utolsó alkoholfogyasztástól számított negyedórán belül kell végezni, mert ennyi idő alatt az alkohol egy jelentős része biztosan felszívódik. Az alkoholos befolyásoltság mérésére pedig minden személyi sérüléssel járó közút baleset esetében sor kerül (Ritter, 2020). A 2008-as jogszabályváltozással („zéró tolerancia") kevesebb alkoholfogyasztása is elegendő lett az ittasság megállapításához; míg korábban 0,8 ezrelékes alkoholszint volt szükséges, addig a módosítás értelmében 0,5 gramm/liter ezrelék véralkohol-szint vagy 0,25 milligramm/liter levegőalkohol elérése már bűncselekményt valósít meg (Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium, 2012). Ha a véralkohol-szint nem éri el a 0,5 gramm/litert, akkor a cselekmény nem minősül bűncselekménynek, hanem közúti jármű esetén közigazgatási bírsággal sújtandó (Mészáros, 2014).

Fontos megjegyezni, hogy a közúti balesetek kimenetele tekintetében a KSH meghatározása eltér a BTK definíciójától. A KSH módszertani dokumentációja a következőket tartalmazza: „Könnyű sérülést szenvedőnek az a személy számít, aki olyan sérülést szenved, amely ellátásához kórházi kezelés nem szükséges (kivéve 24 órás megfigyelés). Súlyost sérülést szenvedőnek az számít, aki a baleset következtében olyan sérülést szenved, amely a) a sérüléstől számított hét napon belül 48 órát meghaladó kórházi ápolást tesz szükségessé, vagy b) csonttörést okoz, kivéve az ujj-, lábujj- és orrtörést, vagy c) olyan vágott sebekkel jár, amelyek súlyos vérzést vagy ideg-, izom-, illetve ínsérülést okoznak, vagy d) belső szervek sérülését okozza, vagy e) harmadfokú égési sérüléseket, vagy a testfelület több mint 5%-át érintő égési sérülést okoz. Illetve baleset következtében meghalt személyként tartják számon azt a személyt is, aki azonnal a helyszínen vagy balesetet követő 30 napon belül elhunyt." (KSH, 2014: 2.) Ezzel szemben a

Btk. 164. §-a szerint könnyű testi sérülésnek a nyolc napon belül gyógyuló sérülés vagy betegség számít, míg súlyosnak a nyolc napon túl gyógyuló (Btk., 2012).

## 8.3. AZ ADATOK KORLÁTAI

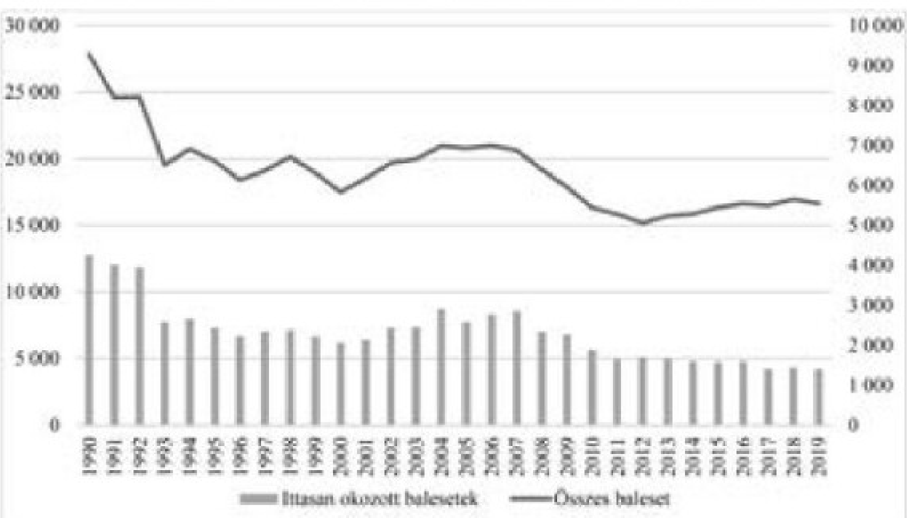
Az alkoholos befolyásoltság alatt történő közúti balesetek statisztikájában nem jelennek meg azok a balesetek, amelyek esetén nincsen személyi sérülés, illetve azok is rejtve maradnak, ahol a felek egymás között megegyeznek a hatóságok bevonása nélkül (Ritter és mtsai, 2019). A statisztikába csak a nem szándékosan okozott cselekmények kerülnek be, így nem kerülnek be az összesítésbe azon esetek, amelyek célja az öngyilkosság (Btk., 2012).

Fontos megjegyezni, hogy a Btk. és a KSH fogalmi eltérései is befolyásolhatják az adatokat. Mivel a Btk. szerinti csoportosítás közismertebb, így felmerülhet annak az esélye, hogy a rendőrök eszerint adminisztrálják inkább a baleseteket.

A közúti balesetek regisztrálására meglehetősen gyorsan sor kerül, a helyszínelést követően, azonban nem minden esetben lehet ilyen rövid időn belül tisztázni a tényállást és feltárni a baleset okát. Mindezt alátámasztja az a jelenség is, hogy a közúti balesetekkel kapcsolatos eljárások akár éveken keresztül elhúzódhatnak.

## 8.4. ALKOHOLOS BEFOLYÁSOLTSÁG ALATT TÖRTÉNŐ KÖZÚTI BALESETEK ELEMZÉSE

**8.1. ábra. Ittasan okozott balesetek számának alakulása 1990 és 2019 között**

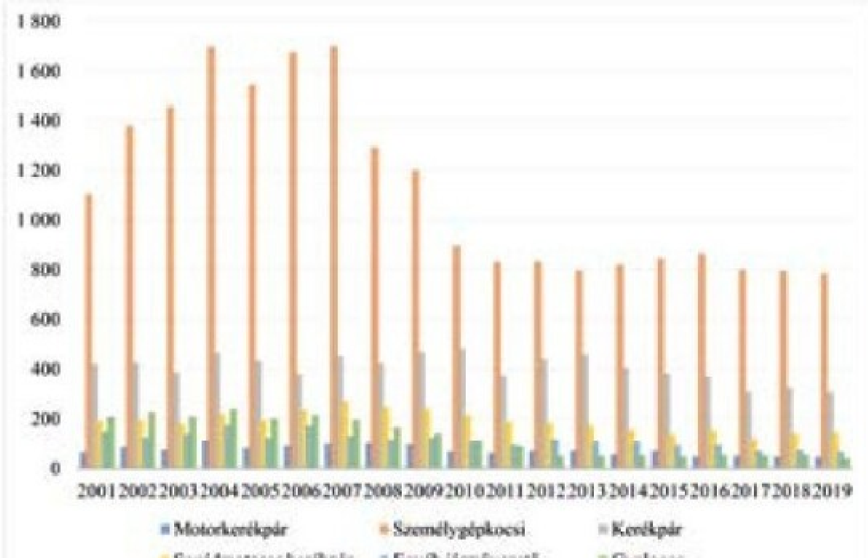


Forrás: Saját szerkesztés KSH-adatok alapján

Az összes baleset alakulását vizsgálva megállapítható, hogy alapvetően csökkenő tendencia jellemzi az ittasan okozott baleseteket. 1994-ben, 1996 és 1998 között, majd 2000 és 2004 között növekedés volt tapasztalható az összes baleset és az ittasan okozott balesetek tekintetében is. 2004 és 2007 között pedig szinte stagnált a balesetek száma.

2007-től jelentős csökkenés ment végbe 2012-ig, ebben az évben volt a vizsgált időszakban mért legkevesebb baleset is. 2012–2018 között további enyhe növekedés figyelhető meg a balesetek számában, ez a tendencia 2019-ben tört meg. A csökkenő tendencia az ittasan okozott balesetek esetén is 2008-tól szembetűnő, ami 2019-ig szinte folyamatos. Az ittasan okozott balesetek tekintetében a jelentős változást magyarázhatja a jogszabályi környezet változása, ugyanis 2008-tól kezdve érvényesül Magyarországon a zéró tolerancia. Mindez azért járulhatott hozzá az ittasan okozott közúti balesetek számának kedvező alakulásához, mert a szigorítás következtében vélhetően kevesebb alkoholt fogyasztottak a vezetők a szankcióktól való félelem miatt. Az ittasan okozott balesetek számának csökkenésével megfigyelhető, hogy az így történt balesetek száma az összes balesethez viszonyítva is csökkent. Míg az első vizsgált időszakban, 1990-ben az az összes baleset 15,3%-át okozták ittasan, addig ez szám 2007-ben 13,8%-ra, 2019-re pedig 8,4%-ra csökkent.

**8.2. ábra. Ittasan okozott balesetek száma, a forgalomban betöltött szerep szerint**



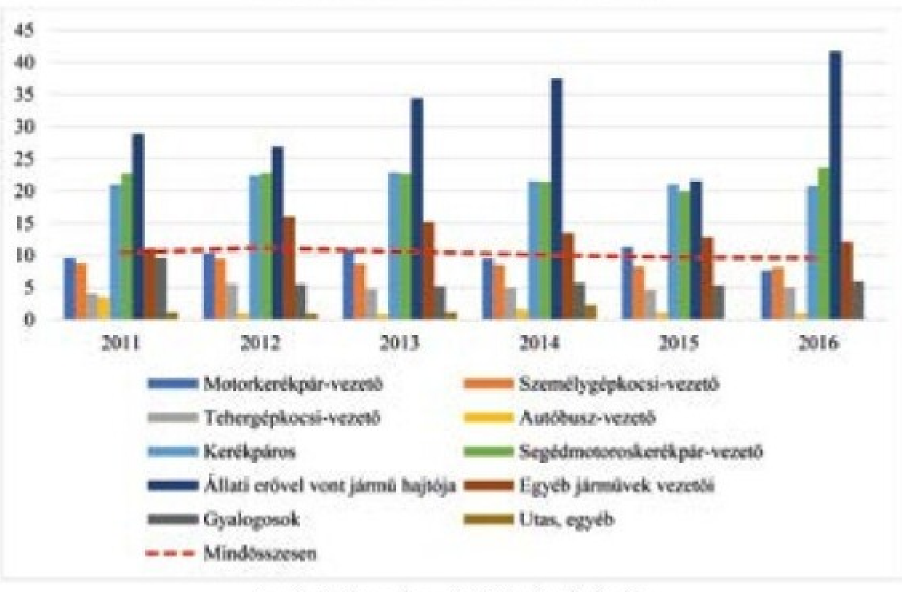
Forrás: Saját szerkesztés KSH-adatok alapján

2001–2019 között az ittasan okozott baleseteket leggyakrabban személygépkocsival követték el (8.2. ábra). Jól látható, hogy 2001-től jelentősen emelkedett a személygépkocsival elkövetett ittas balesetek száma – a 2005-ös csökkenést leszámítva – egészen 2007-ig. A zéró tolerancia bevezetését követően meredeken csökkenni kezdett az ittasan okozott balesetek száma, és évi 800-900 közötti esetszámmal stagnált 2010 és 2017 között. Az utolsó két vizsgált évben valamivel kevesebb mint 800 ittas közúti balesetet okoztak személygépkocsival.

A személygépkocsi-vezetők után leggyakrabban a kerékpárosok okoznak ittasan balesetet. A kerékpárral okozott balesetek száma viszonylag egyenletesen alakul a vizsgált időszakban, egyes években – 2003, 2006, 2011 – nagyobb mértékű csökkenést mutat, 2016-ot követően alacsonyan stagnál.

Ezután a legtöbb ittas balesetet 2004-ig a gyalogosok, ezt követően pedig 2019-ig a segédmotoros kerékpárral közlekedők okozták.

**8.3. ábra. Ittasan okozott balesetek az összes baleset százalékában, a forgalomban betöltött szerep szerint** (%)



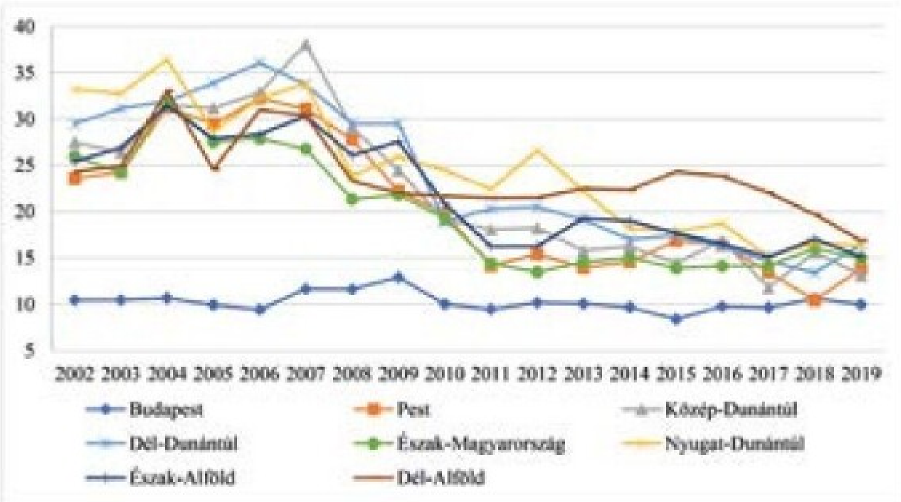

Forrás: Saját szerkesztés KSH-adatok alapján

A járműveket részletesebben vizsgálva (8.3. ábra) 2011 és 2016 között azt láthatjuk, hogy az élő állati erővel vont járművek hajtói körében követnek el legnagyobb arányban ittas balesetet – ugyan az esetszám nagyon alacsony, 2016-ban összesen tíz ilyen baleset történt – , illetve a segédmotorkerékpár-vezetők

és a kerékpárosok 20% körüli arányban okoznak ittasan közúti baleseteket. Ezeket az esetszámokat a fenti 2. ábra mutatja.

A személygépkocsi-vezetők körében elkövetett közúti balesetek 8,2–9,5%-át okozták alkoholos befolyásoltság alatt. Az utolsó két vizsgált évben a legalacsonyabbak az arányok.

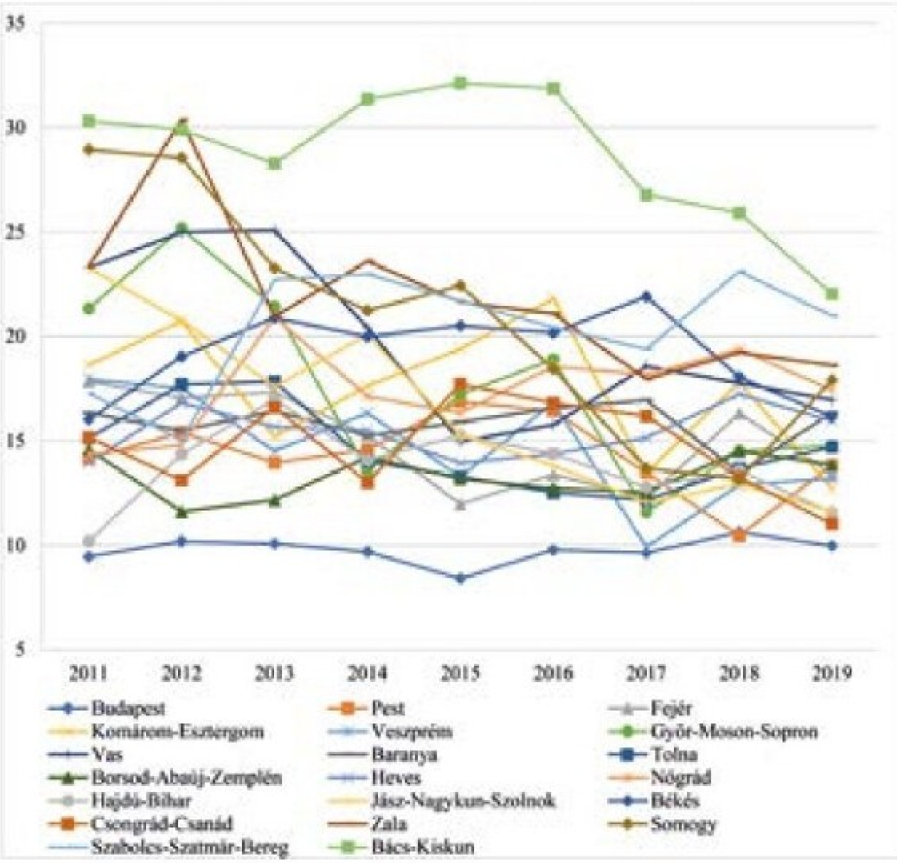
**8.4. ábra. Ittasan okozott balesetek száma 100 ezer lakosra, régiók szerint**




Forrás: Saját számítás KSH-adatok alapján

Az ittasan elkövetett baleseteket az elkövetési helyszín régiója szerint vizsgálva (8.4. ábra) eltérő tendenciákat láthatunk. A 2000-es évek első évtizedében főként a dunántúli régiókban követték el a legtöbb közúti balesetet ittasan: 2002–2004 között lakosságarányosan Nyugat-Dunántúlon, 2005–2006 között Dél-Dunántúlon, 2007-ben Közép-Dunántúlon, 2008–2009 között ismételten Dél-Dunántúlon. 2010–2012 között a legtöbb ittasan okozott baleset a nyugat-dunántúli régióban következett be, majd 2013-tól kezdve az utolsó adatfelvételig, 2019-ig Dél-Alföld régióban, 2016-tól azonban itt is csökkenő tendencia figyelhető meg.

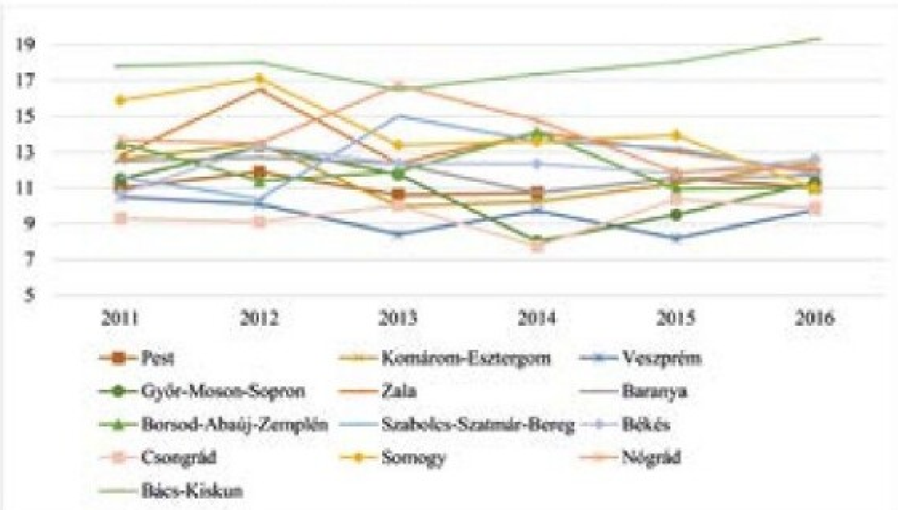
**8.5. ábra. Ittasan okozott balesetek száma 100 ezer lakosra, megyék szerint**




Forrás: Saját számítás KSH-adatok alapján

A balesetek elkövetési helyét megyénként vizsgálva (8.5. ábra) az látható, hogy 2011–2019 között lakosságarányosan a legtöbb balesetet Bács-Kiskun megyében követték el ittasan, ez alól csak 2012 kivétel, amikor Zala megyében, és ezt követte Bács-Kiskun megye. Zala megyében és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében szintén az átlagosnál több balesetet okoztak a vizsgált időszakban ittasan.

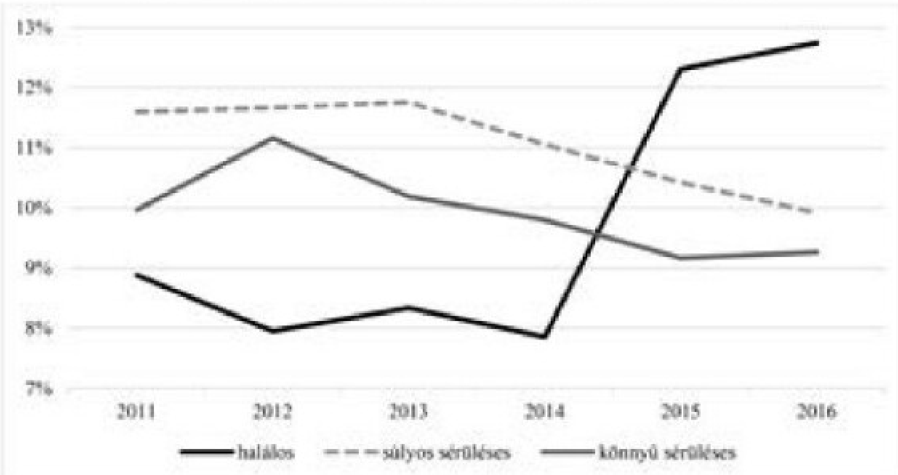
**8.6. ábra. Az ittasan okozott balesetek az összes baleset százalékában megyék szerint a 2016-os átlagos aránynál magasabb értéket mutató megyékben (%)**




Forrás: Saját szerkesztés KSH-adatok alapján

A fenti ábra azokat a megyéket mutatja, ahol a 2016-os országos átlagnál nagyobb arányban okoznak ittasan balesetet az összes közúti balesethez viszonyítva (8.6. ábra). Jól látható, hogy 2013 kivételével Bács-Kiskunban jóval meghaladja az ittas balesetek aránya az átlagos 10,3%-ot, 2019-ben pedig már a 19%-ot is. Bács-Kiskun megyén kívül még Komárom-Esztergom megyében látható növekedés 2013 óta. Ezzel szemben a többi magas ittas baleseti aránnyal rendelkező megye csökkenést mutat, pl. Nógrád, Somogy vagy Szabolcs-Szatmár-Bereg megye.

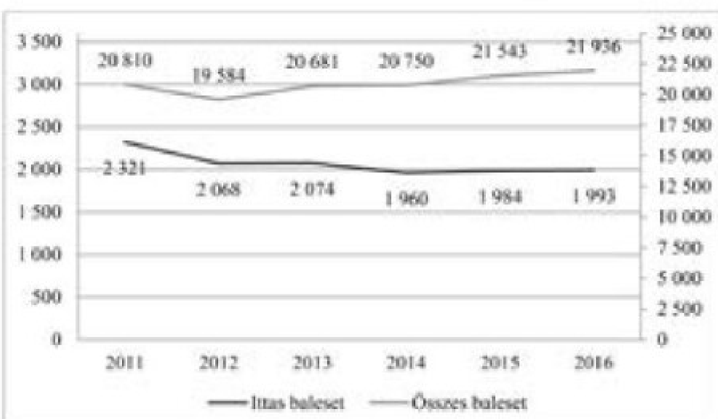
**8.7. ábra. Az ittasan okozott balesetek aránya a kimenetel szerint**




Forrás: Saját számítás KSH-adatok alapján

A balesetek kimenetelét vizsgálva (8.7. ábra) az látható, hogy 2011–2014 között gyakoribb a súlyos sérüléssel járó baleset abban az esetben, ha az elkövető ittas állapotban volt. Emellett pedig 2015–2016-ban nagyobb gyakorisággal lett halálos kimenetele a balesetnek, ha az elkövető ittas volt.

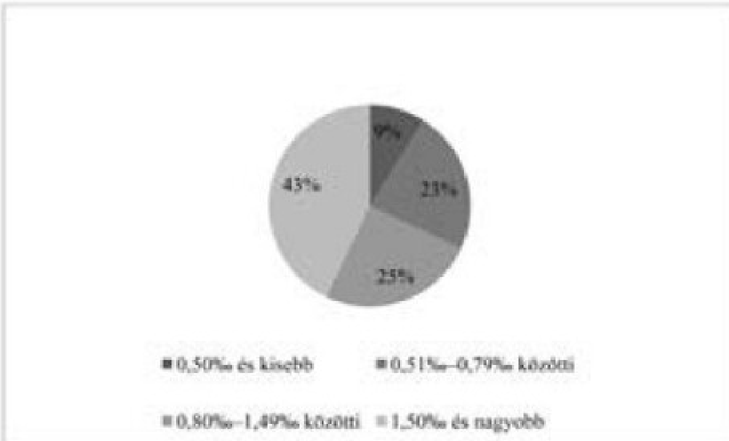
**8.8. ábra. Közúti balesetet szenvedett személyek száma**




Forrás: Saját szerkesztés KSH-adatok alapján

Az összes balesethez képest az ittasan okozott közúti balesetek sérültjeinek száma 2011-től kezdve 2016-ig szinte folyamatosan csökken. 2011-ben az arányuk 11,2%, 2016-ban pedig már csak 9,1% (8.8. ábra).

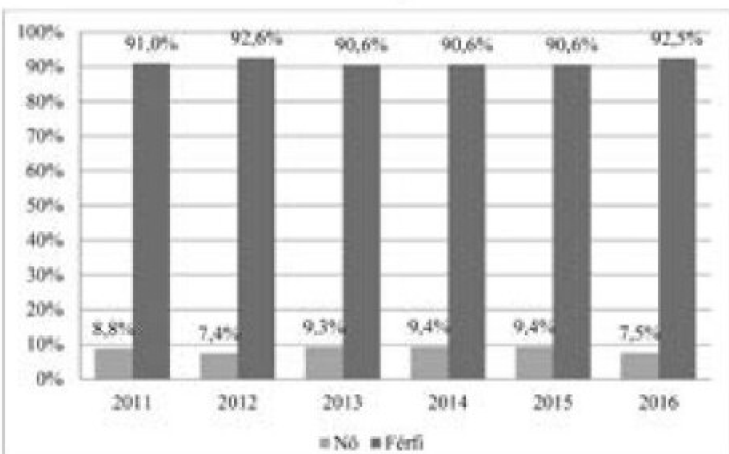
**8.9. ábra. Az ittasan okozott balesetek megoszlása az ittasság mértéke szerint, 2016**




Forrás: Saját számítás KSH-adatok alapján

2016-ban az ittasan okozott baleseteket leginkább a nagymértékű ivás okozta. Ezt azt jelenti, hogy az elkövetők 43%-a 1,50% vagy afeletti véralkoholszinttel vezettek, az elkövetők 25%-a pedig 0,80–1,49% közöttivel (8.9. ábra).

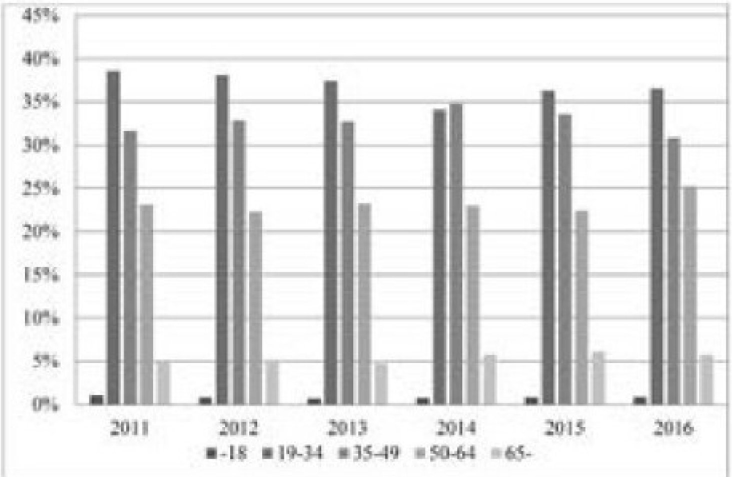
**8.10. ábra. Ittasan okozott balesetek megoszlása az elkövető neme szerint**




Forrás: Saját szerkesztés KSH-adatok alapján

2011–2016 között vizsgálva az ittasan okozott balesetek elkövetőinek megoszlását, megállapítható, hogy végig 90% feletti volt a férfi elkövetők aránya, míg a női elkövetők aránya 10% alatti (8.10. ábra).

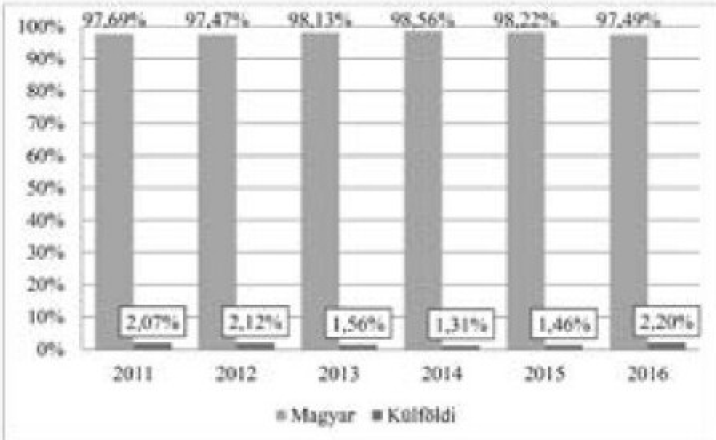
**8.11. ábra. Ittasan okozott balesetek megoszlása az elkövető korcsoportja szerint 2011 és 2016 között**




Forrás: Saját számítás KSH-adatok alapján

Az elkövetők korcsoportonkénti megoszlását tekintve megállapítható, hogy a vizsgált időszakra végig az volt jellemző, hogy az ittasan baleseteket elkövetők jellemzően 19–34 év közöttiek, őket a 35–49 évesek követték. Legkevesebb alkalommal pedig a 18 év alattiak követtek el ittasan balesetet (8.11. ábra).

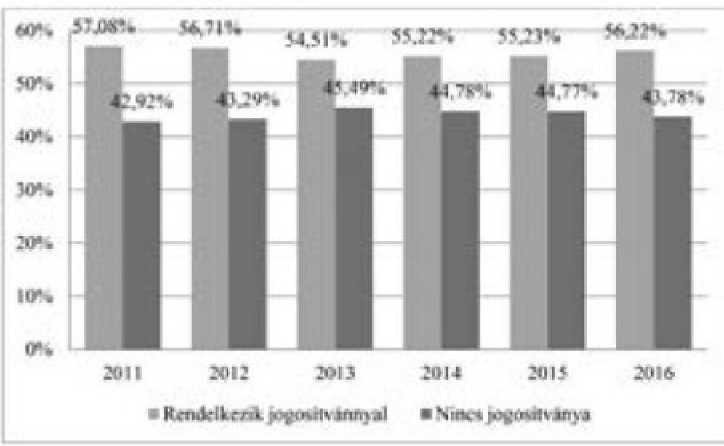
**8.12. ábra. Ittasan okozott balesetek megoszlása az elkövető állampolgársága szerint**




Forrás: Saját számítás KSH-adatok alapján

Az ittasan okozott közúti baleseteket 2011–2016 között döntő többségében magyarok követték el, az arányuk végig 97% feletti. A külföldi elkövetők aránya minimális, a vizsgált időszakban 2,2% alatti (8.12. ábra).

**8.13. ábra. Ittasan okozott balesetek megoszlása a jogosítvánnyal való rendelkezés szerint**




Forrás: Saját számítás KSH-adatok alapján

Az ittasan okozott balesetek elkövetőinek valamivel több mint 50%-a rendelkezett csak jogosítvánnyal 2011–2016 között. A jogosítvánnyal nem rendelkezők a legtöbb balesetet 2013-ban követték el, ebben az évben az ittas közúti balesetet okozók 45,49%-at tették ki (8.13. ábra).

## 8.6. ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTETÉSEK

Összességében elmondható, hogy jelentős csökkenés ment végbe a vizsgált időszakban, 1990 és 2019 között az ittasan okozott balesetek számában. Az adatok azt mutatják, hogy a csökkenő trendet nagymértékben erősítette a zéró tolerancia bevezetése is 2008-ban. Továbbá a javulás okai lehet még az objektív felelősség, vagyis hogy a felróhatóságtól és vétkességtől függetlenül, a károkozásból következik a felelősség, illetve a szigorúbb szankciók is.

A személyi sérüléses balesetek számának csökkenését eredményezhették a továbbiak is: a fix kamerák bevezetése a Véda rendszerben[2]; biztonságtechnikai fejlesztések, pl. járműtechnológia fejlődése és a biztonságosabb kialakítás (pl. gyermekbiztonsági ülés, biztonsági öv); illetve az útbiztonság fejlődésével az osztott pályás utak megjelenése. Ezek a változások az ittasan okozott balesetek számának alakulására is hatással lehetnek.

Az ittasan okozott balesetek elkövetési helye a vizsgált időszakban régiónként rendkívül változékony, 2013 óta a Dél-Alföldön a legmagasabb a száma, 2019-re azonban jelentősen csökken különbség a régiók között. Ennek megfelelően megyénként vizsgálva az elkövetési helyszínt, 2011–2019 között (egy év, 2012 kivételével) végig Bács-Kiskun megyében történt a legtöbb ittasan okozott baleset.

Általánosságban elmondható, hogy az ittas elkövetők többnyire személygépkocsival baleseteznek. A balesetek okozói a legtöbb esetben nagymértékben ittasan, tehát 0,8% feletti alkoholszinttel vezetnek. Jellemzően 19-34 év közötti, jogosítvánnyal rendelkező, magyar állampolgárságú férfiak okoztak ittasan balesetet a vizsgált időszakban.

[2] Közúti Intelligens Kamerahálózat, melyet 2012–2015 között hozott létre a Magyar Rendőrség.

## HIVATKOZÁSOK

Btk. (2012). Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény.

Mészáros Á. (2014). Az ittas járművezetés egyes kérdéseiről. *Miskolci Jogi Szemle,* 9 (4), 161–169.

Jámbor István r. ezredes, rendőrségi főtanácsos, osztályvezető – ORFK Rendészeti Főigazgatóság, Közlekedésrendészeti Főosztály, Közlekedésrendészeti Szakirányító Osztály Szakértői interjú, Budapest 2020.

Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium (2012). Az áldozatok, a becsületesek, a tulajdonukat jogosan védők oldalán az új Büntető Törvénykönyv-Döntött a parlament az új büntetőjogi kódexről. Összefoglaló. https://2010-2014.kormany.hu/download/2/3a/90000/%C3%9AJ%20B%C3%9CNTET%C5%90%20T%C3%96RV%C3%89NYK%C3%96NYV%20sajt%C3%B3anyag.doc (utolsó letöltés: 2021.11.03.).

Központi Statisztikai Hivatal (2014). Útmutató a személysérüléses közúti közlekedési baleset statisztikai adatfelvételi lap kitöltéséhez. https://www.ksh.hu/docs/hun/info/02osap/2014/kitoltesi/d141009.doc (utolsó letöltés: 2021.11.03.).

Ritter I. (2020). Alkoholfogyasztás és közlekedés számokba*n*. In: Vókó György (szerk.): *Kriminológiai Tanulmányok 57.* OKRI, Budapest. 161–179.

Szabs. tv. (2012). 2012. évi II. törvény a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről.

# 9. ALKOHOLOS BEFOLYÁSOLTSÁG ALATT BEKÖVETKEZETT MUNKABALESETEK

Arnold Petra

## 9.1. BEVEZETÉS

A tanulmány célja annak ismertetése, hogyan változott az elmúlt években az alkoholos befolyásoltság alatt bekövetkezett munkabalesetek (továbbiakban alkoholos munkabaleset) száma, társadalmi mintázata. Mindemellett célom az alkoholos munkabalesetekkel kapcsolatos adatok hátterének a bemutatása: honnan származnak az adatok; az alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetek jelentése milyen módon történik; milyen fogalmak társulnak ezen adatokhoz; az adatbázis hogyan épül fel, illetve ismertetjük, hogy melyek azok a tényezők, amelyek hatással lehetnek az adatok minőségére.

## 9.2. AZ ADATOK HÁTTERE[1]

### 9.2.1. Adatszolgáltatás intézményi háttere, protokollja

Az adatokat az Innovációs és Technológiai Minisztérium Munkavédelmi Főosztály (továbbiakban ITM[2]) gyűjti, elemzi és publikálja. 1984-től van hatósági adatgyűjtés a munkabalesetekre vonatkozóan, azonban csak 2004-től állnak rendelkezésre részletesebb statisztikai kimutatások.

Az Innovációs és Technológiai Minisztérium Munkavédelmi Főosztálynak adatszolgáltatási kötelezettsége van a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) felé, az Országos Statisztikai Adatfelvételi Program (OSAP) keretében. A nemzetközi adatszolgáltatást pedig a KSH teljesíti az Eurostat felé (ESAW – European Statistics on Accident at Work).[3]

[1] Az adatokkal kapcsolatos háttérinformációk az Innovációs és Technológiai Minisztérium Munkavédelmi Főosztálytól, valamint a Munkavédelmi Főosztály honlapjáról származnak: http://www.ommf.gov.hu/index.php?akt_menu=571

[2] Az ITM az Országos Munkavédelmi és Munkaügyi Főfelügyelőség (OMMF) jogutódja.

[3] Az Eurostat alkoholos munkabalesetekről nem közöl adatokat, csak az összes munkabalesetre vonatkozóan vannak fent adatok. Így nemzetközi összehasonlítást nem tudunk végezni az alkoholos munkabalesetekre.

A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény (továbbiakban Mvt.), valamint az Mvt. egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról 5/1993. (XII. 26.) MüM rendelet szabályozza a munkáltatói és munkavállalói kötelezettségeket. A munkavállaló a baleset bekövetkezésekor köteles a munkabalesetet munkáltatója felé jelezni, a munkáltató köteles az eseményt kivizsgálni és a munkabaleseti jegyzőkönyvet a baleset helyszíne szerinti illetékes munkavédelmi hatóságnak megküldeni a balesetet követő hónap 8-áig. Minden olyan cég (állami, non profit, for profit), akinek van alkalmazottja és munkát végez, köteles kitölteni a munkabaleseti jegyzőkönyvet abban az esetben, ha a munkaképtelenség időtartalma meghaladja a 3 munkanapot; ha nem haladja meg, akkor nem köteles bejelenteni, és csak a saját nyilvántartásába kell felvezetni a balesetet. A munkabaleseti jegyzőkönyv[4] az EU elvárásoknak megfelelően lett kidolgozva.

*„A három munkanapot meghaladó munkaképtelenséget okozó munkabalesetről készült munkabaleseti jegyzőkönyvet a tárgyhót követő hónap 8. napjáig a munkáltatónak meg kell küldenie a munkabaleset helyszíne szerint illetékes munkavédelmi hatóság részére. A munkabaleseti adatokat a munkavédelmi hatóságoknál tárgyhót követő hónap végéig dolgozzák fel, egyes egyedi ügyeket leszámítva (pl. munkáltatói kivizsgálás elhúzódása, jogkövetés hiánya, jogvita esetén). Az elmúlt évek tapasztalatai alapján a munkabalesetek bekövetkezését követő hónap végéig a feldolgozottsági arány hozzávetőleg a 95%-ot éri el.”* (ITM, 2019: 5.)

### 9.2.2. Definíciók: fogalmak, szabályok, rendeletek

#### *9.2.2.1. Munkabaleset*

A *munkabaleset*[5] definíciója a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 87. § 3. pontjában szerepel: *„Munkabaleset az a baleset, amely a munkavállalót a szervezett munkavégzés során vagy azzal összefüggésben éri, annak helyétől és időpontjától és a munkavállaló (sérült) közrehatásának mértékétől függetlenül.”*

A *munkavégzéssel összefüggésben következik be a baleset*, ha a munkavállalót a foglalkozás körében végzett munkához kapcsolódó közlekedés, anyagvételezés, anyagmozgatás, tisztálkodás, szervezett üzemi étkeztetés, foglalko-

[4] A munkabaleseti jegyzőkönyv megtekinthető itt: http://www.ommf.gov.hu/index.php?akt_menu=220

[5] A munkabalesetről A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 64–69. §-ában lehet részletesebben olvasni.

zás-egészségügyi szolgáltatás és a munkáltató által nyújtott egyéb szolgáltatás stb. igénybevétele során éri (ITM, 2019: 4).

Nem tekinthető munkavégzéssel összefüggésben bekövetkező balesetnek (munkabalesetnek) az a baleset, amely a sérültet a lakásáról (szállásáról) a munkahelyére, illetve a munkahelyéről a lakására (szállására) menet közben éri, kivéve, ha a baleset a munkáltató saját tulajdonában álló, bérleti vagy más szerződés alapján, továbbá egyéb megállapodás alapján biztosított járművel történt (ITM, 2019: 4).

#### *9.2.2.2. Munkahelyi alkoholfogyasztás szabályozása*

Az alkoholfogyasztás munkahelyi ellenőrzése törvényi és munkahelyi szinten szabályozva van Magyarországon (Kálmán, 2015). A törvényi szabályozást a 2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről és az 1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről tartalmazzák. „*Az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés személyi, tárgyi és szervezeti feltételeit a szervezetten munkát végzők egészségének, munkavégző képességének megóvása és a munkakörülmények humanizálása érdekében, megelőzve ezzel a munkabaleseteket és a foglalkozással összefüggő megbetegedéseket, az állam, a munkáltatók és a munkavállalók feladatait, jogait és kötelességeit meghatározva az Országgyűlés a következő törvényt alkotja*": az Mvt. az I. fejezet általános rendelkezéseiben rögzíti, hogy a „*munkáltató felelős az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek megvalósításáért*", valamint ennek megvalósításának módját a munkáltató határozza meg (2. és 3. §). A jogszabály IV. fejezetének 60. §-a rögzíti: „*A munkavállaló csak a biztonságos munkavégzésre alkalmas állapotban, a munkavédelemre vonatkozó szabályok, utasítások megtartásával, a munkavédelmi oktatásnak megfelelően végezhet munkát. A munkavállaló köteles munkatársaival együttműködni, és munkáját úgy végezni, hogy ez saját vagy más egészségét és testi épségét ne veszélyeztesse. Így különösen köteles a rendelkezésre bocsátott munkaeszköz biztonságos állapotáról a tőle elvárható módon meggyőződni, azt rendeltetésének megfelelően és a munkáltató utasítása szerint használni, a számára meghatározott karbantartási feladatokat elvégezni.*"

A fentiek értelmében tehát a munkáltatónak biztosítani kell a körülményeket az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek megvalósításáért, a munkavállaló pedig csak a biztonságos munkavégzésre alkalmas állapotban, a munkavédelemre vonatkozó szabályok, utasítások megtartásával, a munkavédelmi oktatásnak megfelelően végezhet

munkát. Hogy ennek az ellenőrzése milyen módon történik, munkahelyi szinten van szabályozva. Munkahelyi szintű szabályozás esetén tehát – aminek összhangban kell lennie a fenti törvénnyel – lehetőség van arra, hogy az alkoholfogyasztást, valamint az alkoholfogyasztás ellenőrzését a munkáltató munkavállalóval kötött munkaszerződése szabályozza. Ez azt eredményezi, hogy ahány munkahely, annyi eljárás: munkahelyi szinten dől el, hogy milyen procedúra szerint járnak el a fogyasztott alkohol mértékét, annak ellenőrzését illetően, tehát nincs egy országosan elfogadott egységes protokoll az alkoholos befolyásoltság kontrollálására.

Az egyik multinacionális vállalat például az alábbiak szerint szabályozza a munkaidő alatti alkoholfogyasztást, határozza meg az ellenőrzés folyamatát, módját és azt, hogy ki jogosult elvégezni azt (Kálmán, 2015): *„Azon személyek jellegzetes állapota, akiknek a szervezetében –alkoholos állapot-vizsgáló módszerrel, eszközzel – alkohol jelenlétét lehet kimutatni. A veszélyhelyzetek, balesetek és egyéb egészségkárosodások megelőzése érdekében a társaság területén tilos alkoholos vagy kábítószeres állapotban tartózkodni, és bármilyen munkát végezni. Tilos a társaság területére szeszesitalt vagy kábítószert bevinni, oda alkoholos vagy kábítószeres állapotban belépni, a társaság területén szeszesitalt vagy kábítószert fogyasztani. E szabály betartatása és ellenőrzése céljából a területre történő belépéskor, a benntartózkodás alatt és távozáskor ellenőrzésre kerülhet sor."*

*„Tekintettel a munkáltatónál fennálló teljes alkoholtilalomra, az alkoholos állapotban történő munkába állás, illetve az ilyen állapotban történő munkavégzés megakadályozása érdekében a munkára történő jelentkezéskor, és a munkaidő alatt alkoholszondás ellenőrzést végezhet a munkáltató. Az ellenőrzés eljárási rendjét, módját, az ellenőrzésre jogosultak körét a munkáltató a külön eljárásban határozza meg. Ha az alkoholszondás eredmény pozitív (a legcsekélyebb mértékű is), véralkohol-vizsgálat elvégzését kérheti a munkavállaló, ha az alkoholszondás ellenőrzés eredményét vitatja. Elrendelheti a munkáltató is az alkoholfogyasztás mértékének megállapításához a vérvizsgálatot, de csak akkor, ha nem fogadja el az eredményt az ellenőrzött személy, illetve, ha külön eljárás így szabályozza. Amennyiben a véralkohol-vizsgálat eredménye pozitív, a vizsgálat költségei a munkavállalót terhelik, függetlenül attól, hogy ki kezdeményezte annak elvégzését."*

Fontos megjegyezni, hogy a Munka Törvénykönyve 11. § (1) az alábbit is megfogalmazza: *„A munkáltató a munkavállalót csak a munkaviszonnyal összefüggő magatartása körében ellenőrizheti. A munkáltató ellenőrzése és az annak során alkalmazott eszközök, módszerek nem járhatnak az emberi méltóság megsértésével. A munkavállaló magánélete nem ellenőrizhető."* Mindez

arra utal, hogy a munkáltató nem élhet vissza az ellenőrzés jogával, azaz nem végezheti el a vizsgálatot (szondázást) naponta többször indok nélkül,[6] vagy a szondáztatás nem lehet személyes bosszú alapja. A munkáltató tehát nem végezhet szúrópróbaszerűen szondáztatást, ha nincs semmi jel az alkoholfogyasztásra vonatkozóan, hiszen ez alapján jogszerűen sem lehet lefolytatni a vizsgálatot (MBF, 2015). A munkavállalók ellenőrzése csak két esetben lehet jogszerű (uo. 4):

- Ha az ellenőrzés nem szúrópróbaszerű, azaz
  - előre meghatározott időpontban minden munkavállalóra kiterjed (tehát például minden munkafelvételkor köteles a munkavállaló alávetni magát a meghatározott eszközzel történő ellenőrzésnek),
  - előre meghatározott időpontban meghatározott munkakörökre terjed ki,
  - előre meghatározott időpontban meghatározott feladat(kör)elvégzésének feltételéül történik (például gépkocsivezetést megelőzően),
- és/vagy alkoholos befolyásoltság alapos gyanúja esetén.

### *9.2.2.3. Az alkoholfogyasztás ellenőrzése munkabaleset esetén*

A fentiekben azt fejtettük ki, hogy általában az alkoholfogyasztást hogyan szabályozhatja, ellenőrizheti a munkáltató. Mi a helyzet abban az esetben, ha munkabaleset történik? Ekkor jogszerű-e a szondáztatás? A munkáltató hatásköre, hogy megítélje, a munkabaleset alkoholfogyasztáshoz köthető-e. Ha az alkoholfogyasztás alapos gyanúja áll fent, akkor jogszerű a szondáztatás, és az esetek jelentős részében – tehát amelyekről jegyzőkönyv készül és bejelentésre kerülnek – az meg is történik.

### *9.2.2.4. Az alkoholfogyasztás mérése*

Az alkoholfogyasztás mérése egyrészt alkoholos szondával, másrészt vérvizsgálattal lehetséges (Kálmán, 2015). Az Igazságügyi Orvostani és Orvosszakértői Szakmai Kollégium 2010-es szakmai irányelvében[7] két különböző határ-

[6] Csak speciális tevékenységek esetén lehet az indok nélküli ellenőrzés, mint pl. járművezetés.

[7] Az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet 13. módszertani levele az alkoholos állapot és alkoholos befolyásoltság orvosszakértői vizsgálatáról és véleményezéséről: https://semmelweis.hu/igazsagugy/files/2012/06/13_mszlev.pdf

érték-skálát határozott meg az alkoholfogyasztás mérésére abban az esetben, ha azt alkoholszondával[8] vizsgálják, és arra az esetre, ha az alkoholfogyasztás mérése vérből vett minta[9] alapján történik. Az irányelv egyrészt hangsúlyozza, hogy a munkáltatónak körültekintőnek kell lenni a légzésmérő alkoholszondák kiválasztásánál – például pár ezer forintos alkoholszondák feltehetően nem alkalmasak a hiteles eredmény mérésére –, és ez a módszer nem reprodukálható, ami jogi eljárás esetén lényeges szempont lehet. Az alkoholszondás vizsgálat számos hibalehetőséget hordoz, így a teszt álpozitív eredményt produkálhat. Ennek tudható be, hogy számos munkaügyi per indult, mert a munkavállaló nem fogadta el a teszt eredményét. Másrészt az irányelv kitér arra is, hogy a vérvizsgálati eredmény mindig pontosabb, és az eredmény kontrollvizsgálattal reprodukálható. Összességében az alkoholfogyasztás mérése is számos nehézséget hordoz magában, ami szintén megnehezíti az alkoholos befolyásoltság objektív megállapítását.

#### *9.2.2.5. Az alkoholos állapot vs. alkoholos befolyásoltság?*

A munkáltató határozza meg, hogy a zéró tolerancia elvet követi-e a munkahelyen vagy valamennyi alkoholfogyasztás megenged. Ennek kapcsán fontos megkülönböztetni az alkoholos állapot és befolyásoltság fogalmakat, ugyanis alkoholos állapotban lehet valaki, de még nem feltétlenül áll alkoholos befolyásoltság alatt (Kálmán, 2015: 5): *„A szervezetében kimutatható az alkohol, ugyanakkor nem áll annak befolyása alatt.”* Előfordulhat olyan munkahely, amely az alkoholos állapotot tolerálja, de az alkoholos befolyásoltságot nem.

### 9.2.3. Adatbázis

Az összes adat az Innovációs és Technológiai Minisztérium Munkavédelmi Főosztálytól származik. Az adatok két bontásban állnak rendelkezésre egy-egy Excel-táblában: a 2004 és 2012 közötti, illetve a 2013 és 2018 közötti ada-

[8] A kilélegzett levegő meghatározása esetén javasolt határértékek a lebomlási szakban <0,05 mg/l – az alkoholfogyasztás nem bizonyítható; 0,06–0,25 mg/l – ivott, de alkoholosan nem volt befolyásolt; 0,26–0,40 mg/l – igen enyhe; 0,41–0,75 mg/l – enyhe; 0,76–1,25 mg/l – közepes; 1,26–1,75 mg/l – súlyos; 1,75 mg/l felett – igen súlyos fokú alkoholos befolyásoltság.

[9] Az alkoholos befolyásoltság megállapítása véralkohol-koncentráció alapján <0,10‰ – az alkoholfogyasztás nem bizonyítható; 0,11–0,50‰ – ivott, de alkoholosan nem volt befolyásolt 0,51–0,80‰ – igen enyhe; 0,81–1,50‰ –enyhe; 1,51–2,50‰ – közepes; 2,51–3,50‰ – súlyos; 3,51‰ felett – igen súlyos fokú alkoholos befolyásoltság.

tok. Az utóbbiak valamelyest részletesebb bontásban szerepelnek, tekintve, hogy a munkabaleseti jegyzőkönyv struktúrája változott, a korábbi jegyzőkönyvet további szempontokkal egészítették ki, így a két adatbázist össze lehetett kapcsolni. A két adatbázis összekapcsolásánál egyrészt csak azokkal a változókkal dolgoztunk, amelyek 2004 óta rendelkezésre állnak, másrészt azokat a változókat válogattuk ki, amelyek elemzésünk során relevánsak. Az elemzést SPSS programban készítettük.

A KSH honlapján is elérhető az összes munkabalesetek száma,[10] amely 2015-ig nem minden esetben egyezik meg az ITM honlapján szereplő adatokkal, mert ez utóbbiak nem tartalmazzák a bányászat szakágazatban történt munkabaleseteket. A munkabalesetek számát az ITM statisztikai beszámolóiból vettük, mivelhogy az alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetek is az ITM-től származnak (ITM, 2019; NGM, 2014; OMMF, 2004, 2009), így a megbízhatóságot növeli, ha ugyanabból a forrásból származó adatokat hasonlítunk össze.

### 9.2.4. Az adatok minőségét befolyásoló tényezők

1. Az adatokat a Munkavédelmi Főosztály gyűjti, elemzi és publikálja, ebben nem volt változás 1984 óta, csupán *az intézményi háttérben történtek változások az elmúlt években*, azonban ezek nem befolyásolják az adatok minőségét, ugyanis az adatjelentés menete, a regisztrálás folyamata nem változott.
2. 2014-ben kisebb *változás történt a munkabaleseti jegyzőkönyv struktúrájában* az EU-változásokra reagálva, azonban ez nem befolyásolja az adatokat. A jegyzőkönyv továbbra is tartalmazza azokat a változókat, amelyek a korábbi jegyzőkönyvben szerepeltek, csupán újabb szempontokkal bővült a jegyzőkönyv.
3. *Az alkoholfogyasztás tolerálásának, ellenőrzésének eltérő protokollja:* Ahány munkahely, annyi eljárás van az alkoholfogyasztás ellenőrzésére, tolerálására. Nincs egységes protokoll az alkoholos befolyásoltság kontrollálására. Eltérő eljárást alkalmaznak a munkáltatók, hogy szondáznak-e, mennyire fordítanak figyelmet az alkoholfogyasztás ellenőrzésére stb. Mindezek megnehezítik az adatok értelmezését, hiszen például az egyik munkáltató tolerál valamennyi alkoholfogyasztást, és nem ellenőrzi lépten-nyomon a munkavállalókat, a másik munkáltató

[10] http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_feb002.html

a zéró tolerancia elvét követi, és nagy figyelmet fordít az alkoholfogyasztás kontrollálására.

4. *Az alkoholfogyasztás mértékének meghatározása, mérési problémák:* Mint ahogy a korábbi fejezetben említettük, nehézségeket vet fel mind a szonda, mind a vérből vett vizsgálat, ugyanis nem mindig ad pontos eredményt, különös tekintettel az előbbi módszerre. Bár irányelvben meg van határozva, hogy az alkoholfogyasztás mértékét milyen kategóriákra lehet bontani, de egyrészt nem biztos, hogy szondázik a munkáltató, másrészt minden munkáltató saját maga döntheti el, hogy melyik az a kategória, amit még megengedettnek ítél. Tehát az alkoholfogyasztás mérésének, tolerálásának sincs egységes eljárása az egyes munkáltatók között, ami szintén az adatok értelmezését nehezíti meg, hiszen mindenki más mértékű alkoholfogyasztás alapján jelölte be a munkabaleseti jegyzőkönyv megfelelő kódnégyzetébe, hogy az alkoholos munkabaleset (ez kapcsolódik az előbbi ponthoz is). A bejelentett esetek jelentős részében azonban a munkáltatók szondáznak, és ez alapján ítélik meg az alkoholfogyasztás mértékét.
5. *Az alkoholos munkabaleset jogi következményei:* Ha alkoholfogyasztással összefüggésben munkabaleset következik be, akkor az részben a munkáltató felelőssége is, ugyanis nem figyelt eléggé az alkoholfogyasztás kontrollálására. Ennek megfelelően a munkáltató feltehetően nem „szívesen" jelenti az alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetet, mert ez a munkáltató mulasztására utal. Mindez az aluljelentést eredményezheti, tehát feltehetően magasabb az alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetek száma – természetesen ez függ attól is, hogy az egyes munkáltatók mekkora figyelmet fordítanak az alkoholfogyasztás ellenőrzésére, illetve hogy mennyire tolerálják azt. Fontos információ továbbá, hogy az alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabaleset esetén a munkavállaló nem jogosult baleseti táppénzre[11] (de betegség után járó táppénzt kap). Ezen tényezők miatt úgy ítéljük meg, hogy feltehetően a statisztikában megjelent adatokhoz képest lényegesen magasabb az alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetek

[11] A NEAK (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő – korábbi OEP) szerint az alkoholos befolyásoltság alatt történt baleset nem minősíthető üzemi balesetnek, így ez alapján nem jár baleseti táppénz. A baleset nem minősíthető üzemi balesetnek, ha „a baleset részben vagy egészben a balesetet szenvedett biztosított alkohol vagy kábítószer általi – igazolt – befolyásoltsága miatt következett be". Forrás: https://egbiztpenzbeli.tcs.allamkincstar.gov.hu/ell%C3%A1t%C3%A1sok/baleset-eset%C3%A9n/%C3%BCzemi-baleset.html

száma, hisz a munkáltatónak és a munkavállalónak sem érdeke, hogy alkoholos befolyásoltságú munkabalesetet jelentsenek a hatóságok felé.

6. *2016-os törvénymódosítás*: Az ITM Munkavédelmi Főosztály munkatársa szerint egy 2016-os törvénymódosítás következtében a munkabalesetek bejelentése fegyelmezettebben történik. Elmondása szerint a következő változás történt: „1. Valamennyi munkabaleset kivizsgálása csak munkabiztonsági szaktevékenység keretében látható el. 2. Munkabalesetek bejelentését elmulasztó természetes személyek közigazgatási bírságolásának lehetősége bevezetésre került. 3. A munkavédelmi képviselő választásra vonatkozó új szabályok szerint már a húsz főt foglalkoztató munkáltatóknál is kell – a munkabalesetek kivizsgálásában is részt vevő – képviselőt választani, a szabály módosításának következtében Magyarországon megduplázódott a munkavédelmi képviselők száma." Ez a törvénymódosítás feltehetően növeli a bejelentett esetek számát.
7. *Az adatok a feldolgozott munkabalesetek adatait mutatják, és nem a baleset bekövetkezésének időpontját*. A tárgyhót követő hónap 8. napjáig kell a munkáltatónak bejelentést tennie a munkavédelmi hatóság részére. A munkabaleseti adatokat a munkavédelmi hatóságoknál tárgyhót követő hónap végéig dolgozzák fel. Így vannak olyan esetek, amelyek bár egy adott tárgyévben következtek be, de az adminisztrációs folyamat miatt csak a következő tárgyévben kerülnek regisztrálásra. Mindemellett előfordulhatnak elhúzódó vagy későn jelentett esetek, és emiatt is lehet eltérés a két dátum között. Későn jelentett esetek abból fakadhatnak például, ha a munkáltatónak később jut tudomására a baleset.[12] Elhúzódó eset például munkáltatói kivizsgálás elhúzódása, jogkövetés hiánya, jogvita esetén (Komplett-Expert, 2012) fordulhat elő. Mindemellett amiatt is elhúzódhat egy-egy eset, mert *„a munkabalesetek kivizsgálása komplex feladat, melynek szakszerűsége emberek balesetet követő további életét, sorsát nagymértékben befolyásolhatja. Nem csak munkavédelmi, hanem műszaki, szervezési, élettani, pszichológiai ismereteket is igénylő tevékenység. Ezek az ismeretek azonban csak a balesetkivizsgálás alapjait képezik, ehhez szükséges még sok termelési, gyakorlati tapasztalat is a kivizsgálásban résztvevők részéről. A kivizsgálást sokszor nehezíti a munkáltató és munkavállalók, valamint a munkavállalók egymás közötti érdekellentéte is, segítheti a társhatóságok, szakértők szakértői véleménye. A munkabalesetek szakszerű, mindenre kiterjedő vizsgálata segít*

[12] A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 67. § értelmében, ha a munkabaleset bekövetkezésétől számított 3 év után jut a munkáltató tudomására a baleset, akkor azt a törvényben foglaltak alapján nem köteles bejelenteni, kivizsgálni és nyilvántartásba venni.

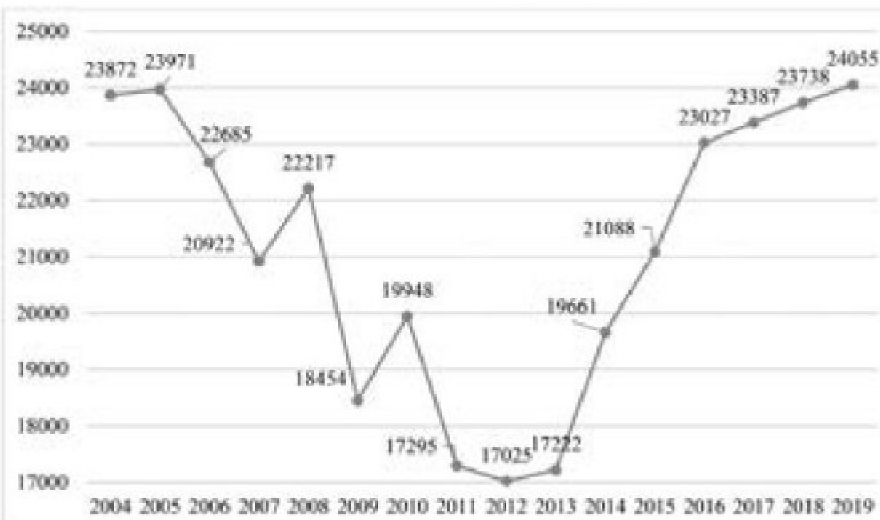
*a munkavédelem alapvető céljának: a prevenciónak a megvalósításában.”* (Solymosi, 2014: 10.) A munkavédelmi hatóság a hozzá beküldött, jogszabály alapján kitöltött, a szakmai rendszerben feldolgozott munkabaleseti jegyzőkönyvek alapján és nem a munkabaleset dátuma alapján készíti a statisztikát az összes munkabalesetre, illetve az alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetre vonatkozóan is.

## 9.3. ALKOHOLOS BEFOLYÁSOLTSÁG ALATT TÖRTÉNT MUNKABALESETI STATISZTIKÁK ELEMZÉSE

### 9.3.1. Trend: munkabalesetek száma 2004 és 2018 között

2005 és 2012 között meredeken csökkent a munkabalesetek száma, két évet kivéve, 2008 és 2010, amikor növekedés figyelhető meg (9.1. ábra). 2012-ben volt a legalacsonyabb a munkabalesetek száma, háromnegyed annyi, mint 2004-ben. 2013 óta pedig egy folyamatos növekvő tendenciát mutatnak az adatok, ezzel elérve újra a 2004-es, 2005-ös szintet. 2019-ben tetőzik a munkabalesetek száma, amikor is 24 055 esetet regisztráltak.

**9.1. ábra. Munkabalesetek száma Magyarországon, 2004–2019**

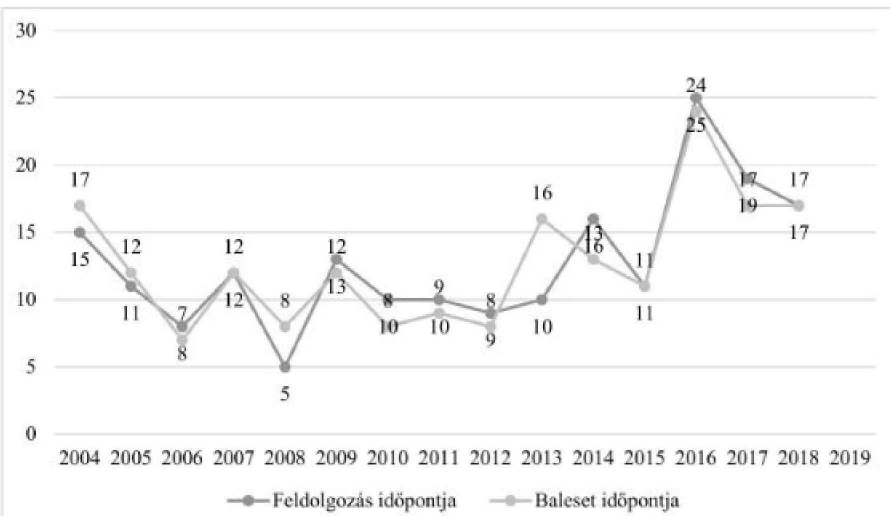



Forrás: Saját számítás ITM adatok alapján

Az alkoholos befolyásoltság alatt történt balesetek időpontja esetében két adat áll rendelkezésre: a feldolgozás időpontja és a baleset időpontja. Ennek következménye, hogy a feldolgozás időpontjának és a baleset időpontjának görbéje nem esik teljesen egybe. (Az ITM a feldolgozás időpontja statisztikával szokott dolgozni.) A két időpont közötti eltérés okáról a korábbiakban írtunk már (lásd Adatok minőségét befolyásoló tényezők).

2004 és 2018 között összesen 191 alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetet regisztráltak. A legkevesebb (7) alkoholos baleset 2006-ban következett be, a legtöbb pedig 2016-ban (16) (9.2. ábra). Egyértelmű tendencia nem nagyon rajzolódik ki 2004 és 2018 között, meglehetősen cikcakk alakot ölt az alkoholos munkabalesetek görbéje, egyik évben nőtt, másik évben csökkent (az alacsony esetszám miatt nehéz bármilyen tendenciát felvázolni). A baleset időpontjának és a feldolgozás időpontjának görbéje között markáns eltérés nem tapasztalható az egyes években, csak néhány évben figyelhető meg eltérés a kettő között, mint például 2013-ban, amikor több eset is későbbi időpontban lett bejelentve.

**9.2. ábra. Alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetek száma Magyarországon, 2004–2018[13]**

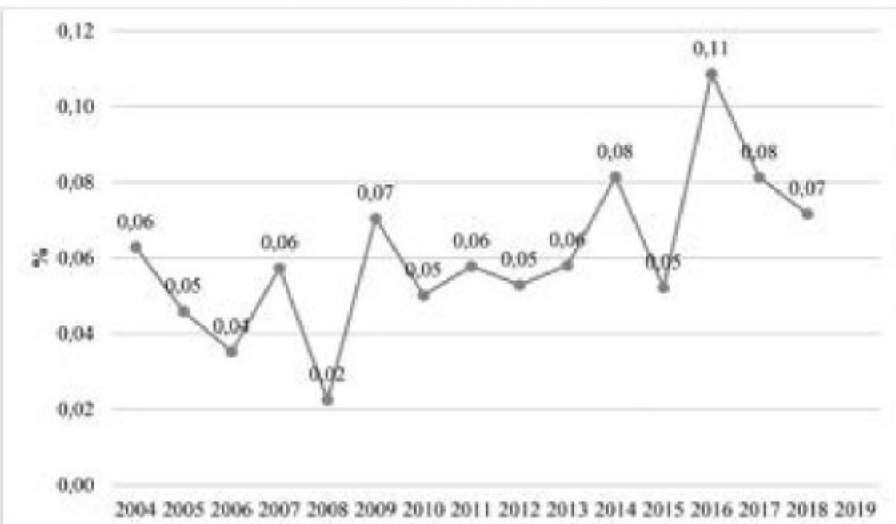



Forrás: Saját számítás ITM adatok alapján

[13] A 2019-es adat még nem áll rendelkezésre.

Ha megnézzük, hogy az alkoholos munkabalesetek száma hogyan alakul az összes munkabalesetekhez képest, akkor láthatjuk, hogy 2004 és 2018 között az alkoholos munkabalesetek csak egy nagyon kis hányadát teszik ki az összes balesetnek: az arány a 0,1%-ot sem éri el (9.3. ábra). Az alacsony alkoholos esetszám feltehetően egy aluljelentett érték, ami, miként az adatok minőségét taglaló fejezetben is szó volt róla, annak tudható be, hogy sem a munkáltatónak, sem a munkavállalónak nem érdeke, hogy egy munkabalesetet alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetnek regisztráljanak, tekintve, hogy az a munkáltató mulasztására is rávilágít (nem vette észre az alkoholfogyasztást, nem küldte haza az alkoholt fogyasztó munkavállalót), illetve akkor a munkavállaló nem jogosult a baleseti táppénzre (alkoholos munkabaleset után nem jár baleseti táppénz).

**9.3. ábra. Alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetek aránya az összes munkabaleseten belül (%)**




Forrás: Saját számítás ITM adatok alapján

Arra a kérdésre, hogy a munkabalesetek, valamint az alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetek egyes évek közötti változásának mi lehet az oka, az ITM Munkavédelmi Főosztály munkatársa a következőt válaszolta: *„A munkabaleseti számok alakulását elsősorban a foglalkoztatottság és a nemzetgazdasági helyzet (esetleg válság) befolyásolta, a munkabaleseti jegyzőkönyv struktúrájában történt változás ezt egyáltalán nem befolyásolta. Az alkoholos befolyásoltság mértéke nem köthető az előbb említettek egyikéhez sem.*

*Ennek megítélése az idők során nem változott.*" Az idézett munkatárs szerint egy 2016-os törvénymódosítás következtében a munkabalesetek bejelentése fegyelmezettebben történt, és ez hozzájárulhatott a bejelentett esetek növekedéséhez, így ahhoz is, hogy 2016-ban több mint duplájára nőtt a regisztrált alkoholos munkabalesetek száma.

### 9.3.2. Az alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetek jellemzői

Tekintettel arra, hogy 2004 és 2018 között összesen 191 alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetet regisztrált a nyilvántartó rendszer (tehát nem ennyi személy esett áldozatul, hanem ennyi baleset volt), a háttérjellemzők mentén való elemzést összesen erre a 191 esetre tesszük meg, és nem vizsgáljuk azokat éves bontásban. Az alacsony esetszám miatt jellemzően nem százalékos bontásban adjuk meg az eredményeket, hanem gyakoriságokat mutatunk be.

Az alkoholos munkabaleseteket érdemes lenne összevetni az összes munkabalesetek megoszlásával is, azonban a publikusan elérhető statisztikai jelentések[14] csak néhány jellemző (sérülés súlyossága, megye, vállalat mérete, életkor, szakágak egyedi csoportosítása, TEÁOR 08' szakágak,[15] gazdálkodási forma) mentén közlik az adatokat, így erre az összehasonlításra csak korlátozottan van lehetőség.

A legtöbb alkoholos munkabaleset Budapesten (27), Borsod-Abaúj-Zemplén (21) és Vas (16) megyében történt 2004 és 2018 között (9.4. ábra). Nógrád megyében csupán egy eset volt a vizsgált 14 évben. Szintén kevés, 5 eset történt Csongrád, Bács-Kiskun, Heves, Komárom-Esztergom, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Tolna megyében.

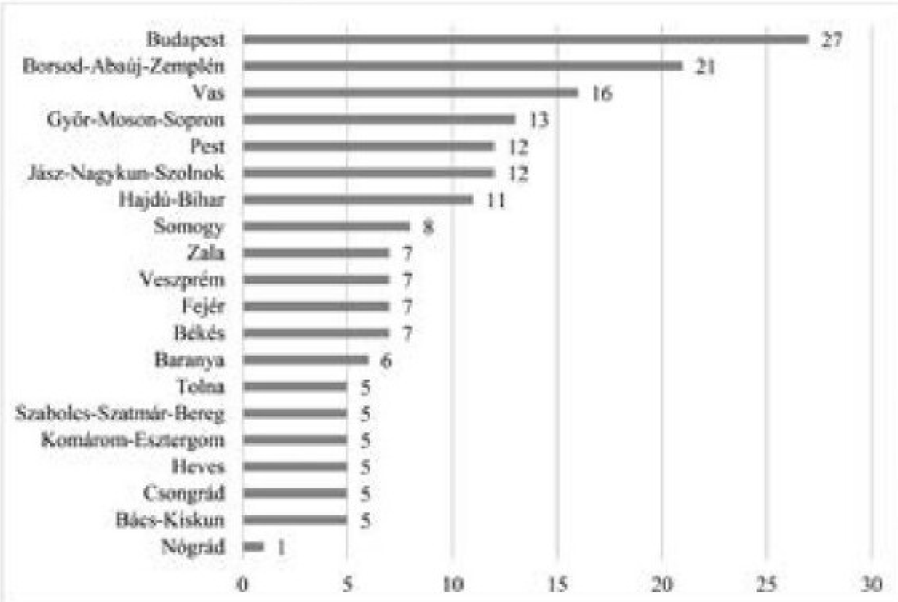
Ha az összes munkabalesetet nézzük, akkor a 2019-es adatok (ITM 2019) szerint az alkoholos munkabalesetekhez hasonlóan szintén Budapesten fordult elő a legtöbb baleset, azonban második helyen Pest megye és Győr-Moson-Sopron megye szerepel.

---

[14] Az összes munkabalesetet tartalmazó statisztikai jelentések forrása: http://www.ommf.gov.hu/index.php?akt_menu=223

[15] Gazdasági tevékenységek egységes ágazati osztályozási rendszere.

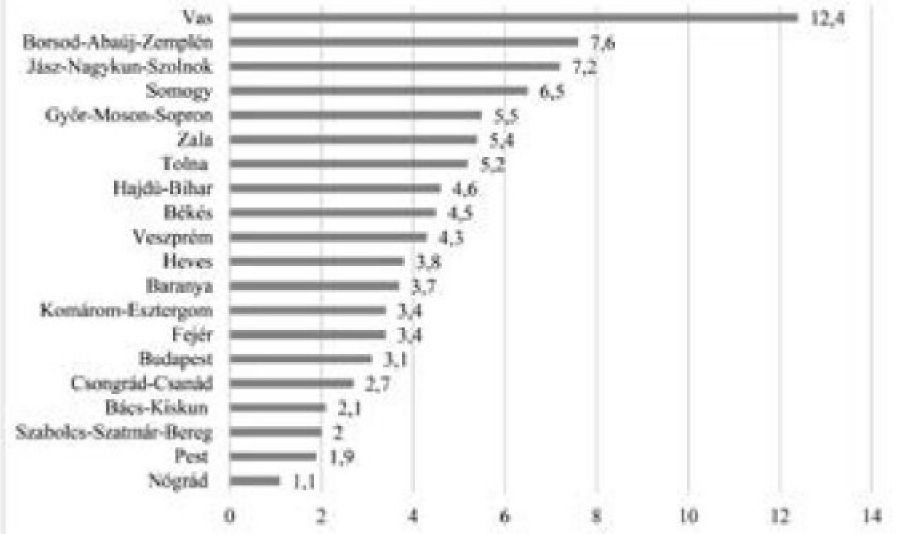
**9.4. ábra. Alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetek száma megyei bontásban, 2004–2018 összesen**




Forrás: Saját számítás ITM adatok alapján

Ha megnézzük, hogy 100 ezer foglalkoztatottra vetítve mennyi alkoholos munkabaleset jut az egyes megyékben, akkor a fentiekhez képest valamelyest eltérő sorrend rajzolódik ki (9.5. ábra). 100 ezer foglalkoztatottra a legtöbb alkoholos munkabaleset kiemelkedően Vas megyében figyelhető meg. A rangsorban sorrendben Borsod-Abaúj-Zemplén és Jász-Nagykun-Szolnok majd Somogy megye szerepelnek. 100 ezer foglalkoztatottra vetítve a legkevesebb alkoholos munkabaleset Nógrád, Pest és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében figyelhető meg, és Budapest – ahol abszolút számban a legtöbb alkoholos munkabaleset tapasztalható – szintén a rangsor hátulján szerepel.

**9.5. ábra. 100 ezer foglalkoztatottra[16] jutó alkoholos munkabalesetek száma megyei bontásban 2004–2018 összesen (foglalkoztatottak adatai 2018, 15–74 éves korosztály)**

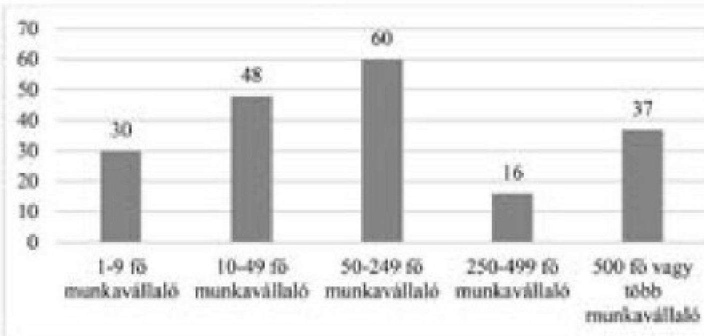



Forrás: Saját számítás ITM adatok alapján

A vállalat alkalmazottainak számának a növekedésével nőtt az alkoholos munkabalesetek száma: az 50–249 főt foglalkoztató cégeknél kétszer annyi eset történt, mint az 1–9 főt foglalkoztató cégeknél (9.6. ábra). Azonban a nagyvállalatoknál megint kevesebb eset fordult elő a közepes méretű cégekhez képest. A 2019-es összes munkabaleset adatai is az előbbi tendenciát mutatják (ITM, 2019).

[16] A foglalkoztatottak adatainak forrása: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_mef034.html. A foglalkoztatottak adatai esetében a 2018-as adatokat, a 15–74 éves korosztályt vettük alapul. „Foglalkoztatott, aki a kérdezést hetét megelőző héten (az ún. vonatkozási héten) legalább 1 órányi, jövedelmet biztosító munkát végzett, vagy rendelkezett munkával, de abban átmenetileg (pl. betegség, szabadság, ideértve a szülési szabadságot is) nem dolgozott." Forrás: http://www.ksh.hu/docs/hun/modsz/modsz21.html

**9.6. ábra. Alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetek száma a vállalat mérete szerint, 2004–2018 összesen**

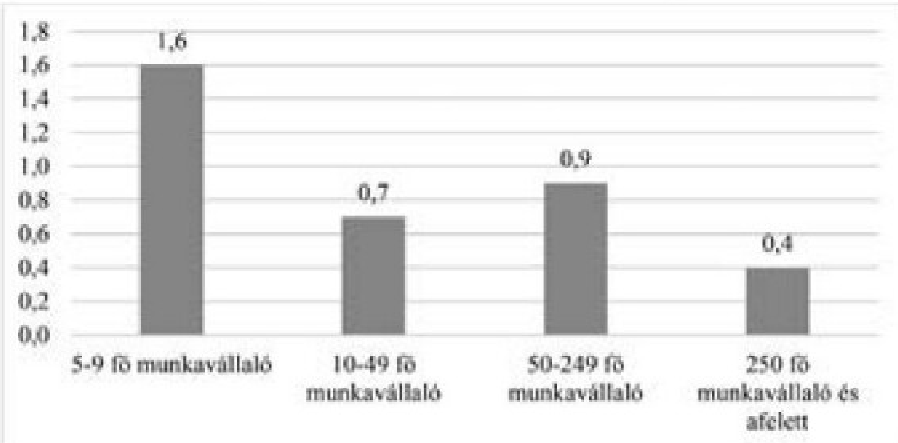



Forrás: Saját számítás ITM adatok alapján

Ha azt nézzük, hogy 10 ezer alkalmazottra hány alkoholos munkabaleset jut munkáltató létszámkategória szerint, akkor valamelyest eltérő kép rajzolódik ki (9.7. ábra). Kisebb létszámkategória esetén több alkoholos munkabaleset jut 10 ezer foglalkoztatottra. Míg a 4–9 főt[17] foglalkoztató cégek esetében 1,6 alkoholos munkabaleset jut 10 ezer alkalmazottra, addig az 250 főnél több embert foglalkoztató vállalatok esetében negyedennyi, 10 ezer főre 0,4. Feltehetően ez annak tudható be, hogy a nagyobb cégeknél nagyobb figyelmet fordítanak a szabályok betartására, illetve az alkoholfogyasztás korlátozására, valamint szakszerűbb a kivizsgálás.

[17] A KSH adatbázisban csak 4–9 főre vonatkozóan vannak adatok, így azokkal tudtuk összehasonlítani a munkabaleset adatait, ahol 1–9 főre állnak rendelkezésre adatok.

**9.7. ábra. 10 ezer alkalmazottra[18] jutó alkoholos munkabalesetek száma munkáltató létszámkategória szerint, 2004–2018 összesen, a versenyszférában[19]**




Forrás: Saját számítás ITM adatok alapján

Az alkoholos munkabalesetek legnagyobb számban a szakképzettséget nem igénylő foglalkozások[20] (összes eset 37%-a), illetve ipari és építőipari foglalkozások (31%) esetében következik be, illetve nagyobb számban a gépkezelők, összeszerelők, járművezetők körében (17%) (9.8. ábra).

A 2019-es munkabaleseti statisztikai adatok szerint[21] (ITM, 2019) is első helyen a feldolgozóiparban, építőiparban következik be üzemi baleset, mindemellett szintén nagyobb számban fordul elő baleset szállítás, raktározás, va-

[18] A foglalkoztatottak számára vonatkozó adatok forrása: KSH Tájékoztatási Adatbázis http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/haViewer.jsp. A legfrissebb elérhető adatokat használtuk (2018-as). 4 fő feletti vállalkozásokra vannak adatok. Az ábra az alkalmazásban állók létszáma (nem teljes munkaidő esetén legalább 60 munkaóra teljesítés) alapján készült.

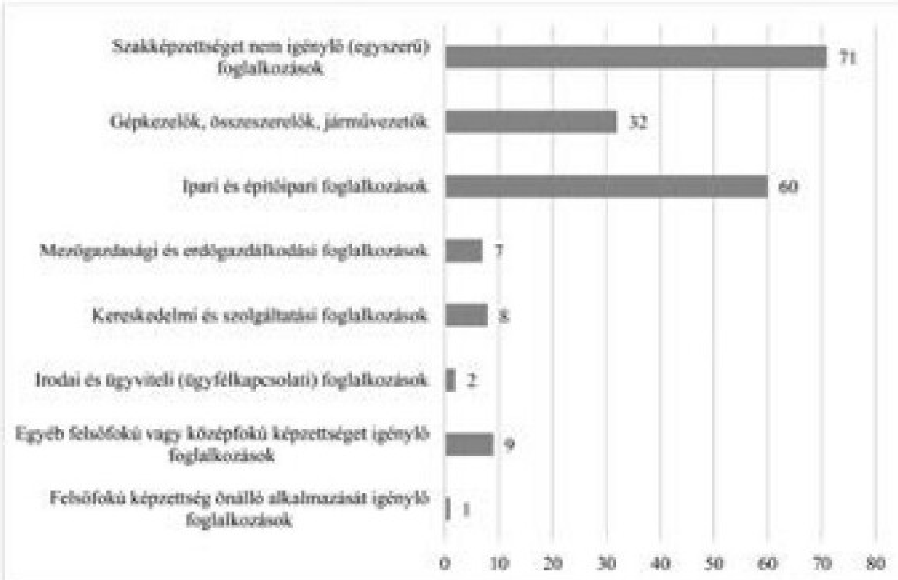
[19] Tekintettel arra, hogy a versenyszférára vonatkozóan állnak rendelkezésre országos adatok, a munkabalesetek esetében is csak a versenyszférára vonatkozó adatokat vettük alapul. Az alkoholos munkabalesetek 79,5%-a (152 eset) a versenyszférában történt.

[20] Ilyen foglalkozás pl. rakodómunkás; egyéb, máshova nem sorolható egyszerű szolgáltatási és szállítási miunkakörben dolgozó; egyszerű ipari foglalkozású; egyszerű mezőgazdasági foglalkozású; egyszerű erdészeti, vadászati és halászati foglalkozású.

[21] A statisztikai jelentésben egyedi csoportosítás, valamint a TEÁOR 08' szakágak (gazdasági szervezetek tevékenységi köre) szerinti csoportosítás mentén szerepelnek az adatok. Az alkoholos munkabalesetekre vonatkozóan a FEOR kódok (Foglalkozások Egységes Osztályozási Rendszere) szerint vannak meg az adatok. Ha az eltérő csoportosítás ellenére összevetjük az összes munkabaleset és alkoholos munkabaleset szakágak szerinti megoszlását, némi hasonlóság kirajzolódik az adatokban.

lamint kereskedelem és gépjárműjavítás munkakörökben. Ez utóbbi munkakörökre kevésbé jellemző az alkoholos munkabaleset.

**9.8. ábra. Alkoholos munkabalesetek száma munkakör[22] szerint 2004–2018 összesen**



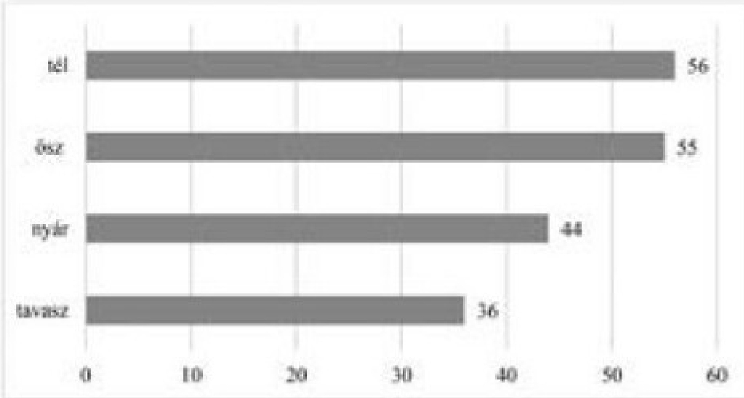

Forrás: Saját számítás ITM adatok alapján

A legtöbb baleset[23] télen és ősszel történt, ami feltehetően az időjárási körülményeknek tudható be (9.9. ábra). A legkevesebb alkoholos munkabaleset tavasszal következett be.

[22] A munkakör a FEOR szerint lett kódolva. Lásd: https://www.ksh.hu/docs/szolgaltatasok/hun/feor08/feorlista.html

[23] A baleset bekövetkezésének hónapja és nem a bejelentés hónapja.

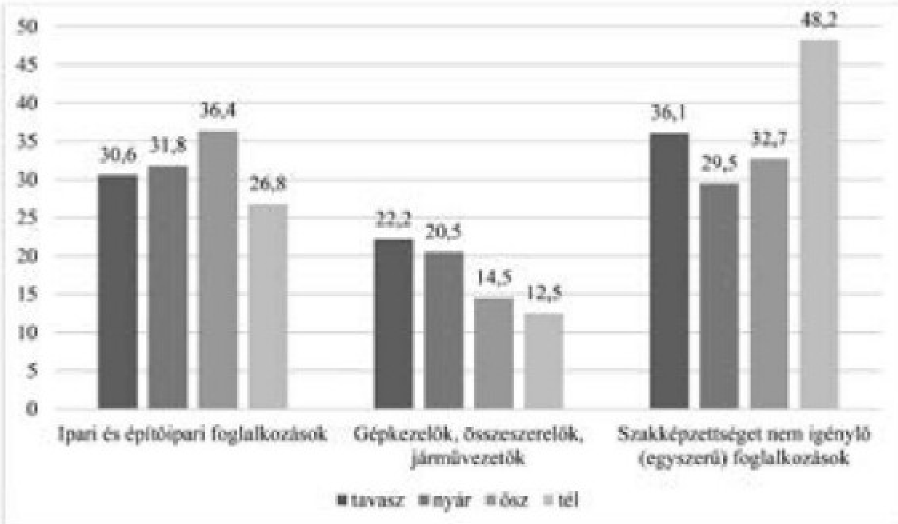
**9.9. ábra. Alkoholos munkabalesetek száma évszak szerint, 2004–2018 összesen**




Forrás: Saját számítás ITM adatok alapján

Megnéztük, hogy az évszakok mennyire befolyásolják az adott munkakörben az alkoholos munkabaleset bekövetkezését (9.10. ábra). A három leggyakoribb munkakört vizsgáltuk: a szakképzettséget nem igénylő foglalkozások; ipari és építőipari foglalkozások; gépkezelők, összeszerelők, járművezetők. A szakképzettséget nem igénylő egyszerű foglalkozások inkább következnek be télen, a többi évszak nem különbözik jelentősen. Az ipari és építőipari foglalkozásokban leginkább ősszel és legkevésbé télen történik alkoholos baleset. A gépkezelők, összeszerelők, járművezetők pedig leginkább tavasszal és legkevésbé télen esnek alkoholos munkabaleset áldozatául.

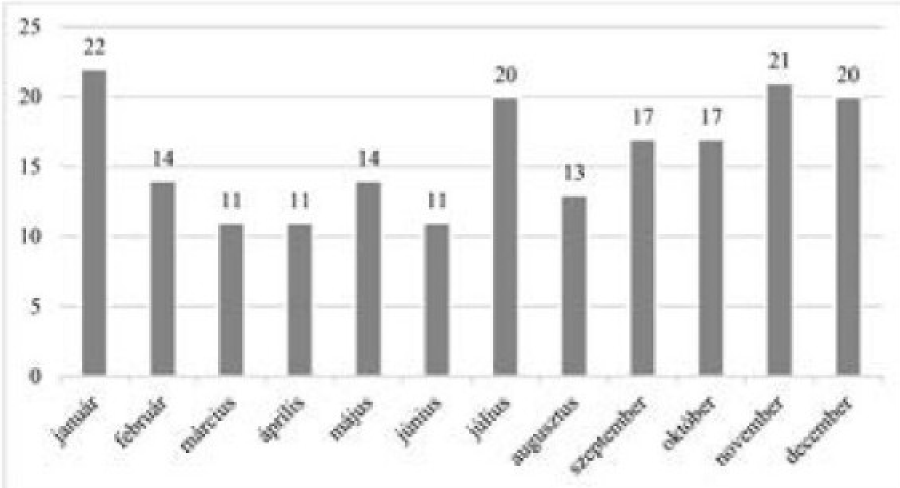
**9.10. ábra. Alkoholos munkabalesetek aránya az egyes foglalkozásokon belül évszak szerint, 2004–2018 összesen (%)**




Forrás: Saját számítás ITM adatok alapján

Ha nem évszakok szerint, hanem az egyes hónapok szerint vizsgáljuk 2004–2018-ben az alkoholos munkabalesetek alakulását, akkor azt láthatjuk, hogy a legtöbb baleset téli, őszi hónapokban – januárban, novemberben, decemberben – történt, azonban szintén vezető helyen szerepel július (9.11. ábra). (Megvizsgáltuk, a júliusi esetszámok egyenletesen oszlanak el az egyes évek között, tehát nem arról van szó, hogy egy-egy évben volt kiugróan magas esetszám.) Ha munkakörök szerint nézzük meg a balesetek egyes hónapok közötti eloszlását, akkor nem figyelhető meg olyan mintázat például, hogy az építőipari munkához köthető balesetek inkább nyári hónapban fordulnak elő, vagy a gépkocsivezetés télen.

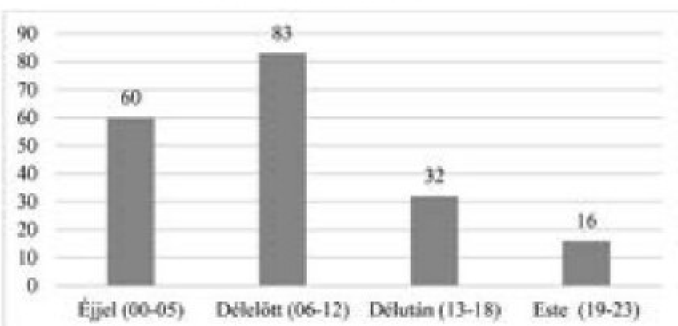
**9.11. ábra. Alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetek száma havi bontásban, 2004–2018 összesen**




Forrás: Saját számítás ITM adatok alapján

A munkabalesetek nagy része délelőtt (83 eset) és éjjel történt (60 eset). Kevesebb munkabaleset következett be délután (32) és este (16) (9.12. ábra). Ez részben annak tudható be, hogy a legelterjedtebb munkarend – ahol jellemzően alkoholos munkabaleset történt – a délelőtti.

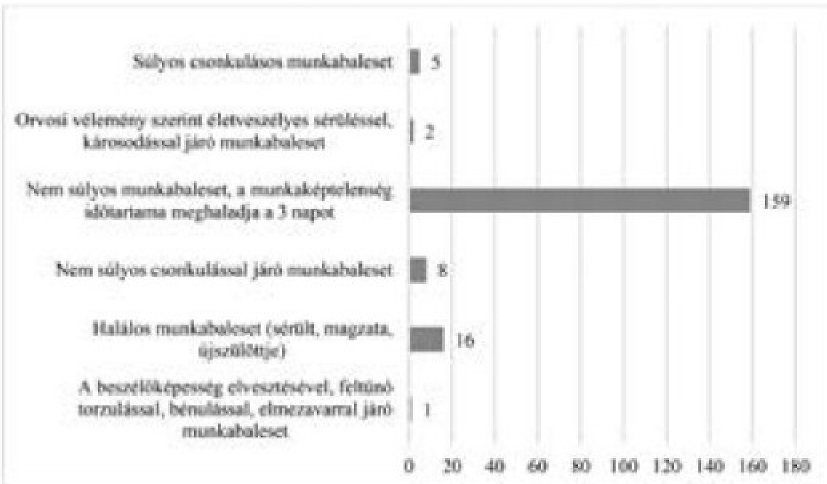
**9.12. ábra. Alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetek száma napszak szerint, 2004–2018 összesen**




Forrás: Saját számítás ITM adatok alapján

A balesetek súlyossága szerint az alkoholos munkabalesetek jelentős része nem súlyos baleset (a munkaképtelen napok száma meghaladja a 3 munkanapot[24]) (9.13. ábra). A vizsgált közel 15 év folyamán összesen 16 olyan, halálos kimenetelű munkabaleset történt, amely alkoholos befolyásoltsággal hozható összefüggésbe.

**9.13. ábra. Alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetek száma a sérülés súlyossága szerint, 2004–2018 összesen**




Forrás: Saját számítás ITM adatok alapján

A sérültek jelentős része, 92,7%-uk férfi (177 fő) és magyar állampolgár (189 fő) (9.1. táblázat). Az átlagéletkor 47 év, a legfiatalabb áldozat 21 éves, a legidősebb 69 éves volt. A legtöbb alkoholos munkabaleset 56 éves korban történt. Jellemzően 45–64 éves korban következik be alkoholos munkabaleset.

Ha az összes munkabalesetet nézzük, akkor valamelyest eltérő kép rajzolódik ki a 2019-es statisztikák alapján (ITM, 2019). A munkabalesetek valamelyest fiatalabb korra jellemzők, mint az alkoholos munkabalesetek, a legtöbb eset 35–54 éves korban következett be, illetve 0–17 éves korban is – bár lényegesen alacsonyabb esetszámban az idősebb korosztályhoz képest – bekövetkezett baleset, ezzel szemben a 0–17-es korosztályban alkoholos munkabaleset 2004 és 2018 között nem történt egyetlen esetben sem a statisztikai adatok szerint.

[24] Ha a munkaképtelen napok száma nem haladja meg a 3 munkanapot, akkor a munkáltatónak nincs bejelentési kötelezettsége, emiatt ilyen eset nem is fordul elő az adatbázisban.

**9.1. táblázat. Az alkoholos munkabalesetek sérültjeinek jellemzői, 2004–2018 összesen**

| Jellemzők | | Eset |
|---|---|---|
| **Neme** | férfi | 177 |
| | nő | 14 |
| **Kor** | 0–17 | 0 |
| | 18–24 | 9 |
| | 25–34 | 20 |
| | 35–44 | 38 |
| | 45–54 | 65 |
| | 55–64 | 57 |
| | 65+ | 2 |
| **Állampolgárság** | Belföldi (magyar állampolgár) | 189 |
| | Nem belföldi, de EU-tagállamból való | 1 |
| | Nem belföldi, és EU-tagállamon kívüli | 1 |

Forrás: Saját számítás ITM adatok alapján

## 9.4. ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTETÉSEK

Jelen tanulmányban azt a célt tűztük ki, hogy az alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetek jellemzőit, mintázatát, illetve az ezzel kapcsolatos definíciókat, jogszabályokat, rendeleteket mutassuk be. Az Innovációs és Technológiai Minisztérium Munkavédelmi Főosztálytól származó adatokat elemeztük a 2004 és 2018 közötti időszakra vonatkozóan. Könnyebbségünk volt a tekintetben, hogy egy olyan egységes adatbázist kaptunk kézhez, amelynek a struktúrája, az adatok regisztrálásának a menete nem változott erre az időszakra vonatkozóan. Mindazonáltal számba vettük azokat a tényezőket, amelyek hatással lehetnek az adatok minőségére: (1) Az intézményi háttérben történtek változások az elmúlt években, azonban az adatok regisztrálásának a folyamatában, az adatgyűjtés menetében nem történt változás. (2) 2014-ben kisebb változás történt a munkabaleseti jegyzőkönyv struktúrájában, újabb pontokkal lett bővítve, az eredeti jegyzőkönyv itemjeiben nem történt változás. (3) Az alkoholfogyasztás tolerálásának, ellenőrzésének eltérő a protokollja az egyes munkahelyeken, így ahány munkahely, annyi eljárás van az alko-

holfogyasztás ellenőrzésére, tolerálására. (4) Az alkoholfogyasztás mérésének sincs egységes eljárása az egyes munkáltatók között, ami szintén az adatok értelmezését nehezíti meg, hiszen mindenki más mértékű alkoholfogyasztás alapján jelölte be a munkabaleseti jegyzőkönyv megfelelő kódnégyzetébe, hogy az alkoholos munkabaleset. (5) A munkáltató feltehetően nem „szívesen" jelenti az alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetet, mert ez a munkáltató mulasztására utal, ennek fényében feltehetően a statisztikában megjelent adatokhoz képest lényegesen magasabb az alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetek száma. (6) Ezt ellensúlyozza a 2016-os törvénymódosítás, amely a bejelentetett esetek számát növelheti, ugyanis a munkabalesetek bejelentése fegyelmezettebben történik a törvénymódosítás következtében. (7) Az adatok a feldolgozott munkabalesetek adatait mutatja és nem a baleset bekövetkezésének időpontját.

A statisztikai adatok alapján egyértelmű tendencia nem nagyon rajzolódik ki 2004 és 2018 között a munkabalesetek számát illetően – nagyon alacsony esetszámokat jelentettek a vizsgált 14 évben. A legtöbb balesetet 2016-ban regisztrálták, ami magyarázható a fentebb említett 2016-os törvénymódosítással. 2004 és 2018 között az alkoholos munkabalesetek csak egy nagyon kis hányadát teszik ki az összes balesetnek. Az alacsony esetszám két tényezőnek tudható be: egyrészt, hogy Magyarországon nincs egységes protokoll az alkoholfogyasztás munkahelyi ellenőrzésére vonatkozóan, így inkább az az elv érvényesülhet, hogy nem érdekeltek az alkoholos eseteket jelenteni, mert az a munkáltató mulasztására utal (másrészt a munkavállalónak sem érdeke, mert elesik a baleseti táppénztől). A másik tényező, ami közrejátszhat az alacsony regisztrált esetszámban, hogy egyes szektorokban jelentős az illegális foglalkoztatás (pl. építőipar[25], ahol – ahogy az adatok is mutatják – nagyobb számban vannak munkabalesetek), így ha történik is alkoholos munkabaleset, az amiatt sem lesz lejelentve, mert a sérült nem bejelentett, vagy egyéni vállalkozói szerződéses munkaviszonyban lévő munkavállaló.

Ha egy tipikus, alkoholos befolyásoltság alatt történt munkabalesetet szeretnénk felvázolni, akkor az a következők szerint néz ki. A baleset nagy valószínűséggel Vas megyében következik be, egy nagyobb cégnél, szakképzettséget nem igénylő vagy ipari-építőipari munkakörben. A baleset tipikusan nem súlyos baleset, őszi vagy téli délelőtt történik. A sérült jellemzően 47 éves, magyar állampolgárságú férfi.

---

[25] Egy korábbi elemzés (Elek és mtsai 2009) szerint a magasépítésben dolgozók, a sofőrök, a gépkezelők, a technikusok és a személyi szolgáltatásokban alkalmazottak körében nagy létszámú és gyakori a feketemunka.

## HIVATKOZÁSOK

Elek P. – Scharle Á. – Szabó B. – Szabó P. A. (2009). A feketefoglalkoztatás mértéke Magyarországon. In: András Semjén – István János Tóth (szerk.): *Rejtett gazdaság. Be nem jelentett foglalkoztatás és jövedelemeltitkolás – kormányzati lépések és a gazdasági szereplők válaszai.* MTA KTI, 84–102.

ITM – Innovációs és Technológiai Minisztérium (2019). Tájékoztató a munkabalesetek alakulásáról a feldolgozott munkabaleseti jegyzőkönyvek alapján.

Kálmán L. (2015). A munkahelyi alkoholszondás ellenőrzés problematikája. *Hadmérnök*. 10(4). http://hadmernok.hu/154_02_kalmanl.pdf

Komplett-Expert Egészségügyi Kft. (2012). Munkabalesetek bekövetkezése és pszichikai megterhelés kapcsolata, munkabaleset bekövetkezésére gyakorolt hatása. Békéscsaba. Kézirat.

Magyar Biztonság Fórum (2015). Állásfoglalása munkavállalók alkoholszondával történő ellenőrzéséről. http://www.mbf.hu/wp-content/uploads/2015/10/2015.03-L-Tender-%C3%81ll%C3%A1sfoglal%C3%A1s-a-munkav%C3%A1llal%C3%B3k-alkoholszond%C3%A1val-t%C3%B6rt%C3%A9n%C5%91-ellen%C5%91rz%C3%A9s%C3%A9r%C5%91l.pdf (utolsó letöltés: 2021.02.18.).

Nemzetgazdasági Minisztérium (2014). Tájékoztató a munkabalesetek alakulásáról a feldolgozott munkabaleseti jegyzőkönyvek alapján 2014.

OMMF (Országos Munkavédelmi és Munkaügyi Főfelügyelőség) (2009). Tájékoztató a munkabalesetek alakulásáról 2009.

OMMF (2004). Tájékoztató a munkabalesetek alakulásáról 2004.

Solymosi J. (2014). Miért szükséges kivizsgálni a munkabaleseteket? *Hadmérnök,* 9 (2). http://hadmernok.hu/142_08_solymosij_2.pdf

## HONLAPOK

Innovációs és Technológiai Minisztérium honlapja: http://www.ommf.gov.hu/index.php?akt_menu=571

KSH Módszertan: http://www.ksh.hu/docs/hun/modsz/modsz21.html

KSH STADAT táblái: http://www.ksh.hu/stadat

KSH Tájékoztatási adatbázis: http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/themeSelector.jsp?lang=hu

Magyar Államkincstár Egészségbiztosítás Pénzbeli Ellátás honlapja: https://egbiztpenzbeli.tcs.allamkincstar.gov.hu/ell%C3%A1t%C3%A1sok/baleset-eset%C3%A9n/%C3%BCzemi-baleset.html (letöltés: 2020. 12.10.)

Országos Igazságügyi Orvostani Intézet 13. módszertani levele az alkoholos állapot és alkoholos befolyásoltság orvosszakértői vizsgálatáról és véleményezéséről: https://semmelweis.hu/igazsagugy/files/2012/06/13_mszlev.pdf

# 10. GYERMEKVÉDELMI ADATOK

Bencsik Nóra

## 10.1. BEVEZETÉS

A fiatalkorúak közvetlen környezetük, valamint saját fogyasztásuk okán is veszélyeztetettek lehetnek az alkoholfogyasztással összefüggésben. Az alkoholbeteg szülők gyermekei a szenvedélybetegség kialakulását illetően magasabb rizikófaktorú csoportba tartoznak az átlagpopulációhoz képest. Lannert (2017) kutatása[1] alapján, amennyiben a környezetben élő felnőttek részéről az alkohol és egyéb tudatmódosító szerek mint megküzdési stratégia jelennek meg, a felnövekvő generáció számára szintén számottevő hatással bír ez a megküzdési *eszköz*.

A probléma fontosságára hívja fel a figyelmet az a tendencia, miszerint annak ellenére, hogy a születések száma csökken, a gyermekvédelmi szakellátásban lévő fiatalkorúak száma növekedést mutat: 2010-ben 17 792, 2018-ban pedig 21 210 kiskorú került be a szakellátásba (KSH 2020). Az alkoholprobléma tekintetében a családból kiemelt kiskorúak esetében magasabb a veszélyeztetettség a diszfunkcionális családban történt életesemények, illetve a környezetváltozás miatt. A fiatalkorban két legfontosabb védőháló – a család, valamint az iskolai légkör a kortárs kapcsolódásokkal – egyike sem tud megfelelő protektív szerepet betölteni a kiemelés megtörténéséig (Makara 2020). Elekes és Paksi (2005) továbbá arra hívja fel a figyelmet,[2] hogy a rizikómagatartások tekintetében azt a mintát követik a gyermekotthonban lévő fiatalok, amikor találkoztak az adott magatartásformával: amennyiben a szülői családban, illetve korábbi környezetükben megismerkedtek a kulturált, szociális ivással, úgy ez a minta iránymutató marad. Azoknál viszont, akik kortársi, nevelőotthoni mintában találkoznak először a dohányzással, alkoholfogyasztással, nem jelenik meg a mértékletes fogyasztás.

---

1 Kvalitatív kutatást végeztek az Országos Kompetenciamérés során leggyengébb eredményeket mutató három-három iskolában Baranya, Borsod-Abaúj-Zemplén, illetve Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben.

2 Nevelőotthonban élő, illetve a nevelőszülőknél elhelyezett fiatalok tekintetében országosan reprezentatív, területileg, intézményben lakók száma és korcsoportok szerint rétegzett minta.

## 10.2. GYERMEKVÉDELEM

A hazai gyermekvédelmi rendszer alapja az *1997. évi XXXI. gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló törvény (továbbiakban Gyvt.)*, melynek célja, hogy a gyermekek jogainak és érdekeinek érvényt szerezzen: támogassa a szülői feladatok, kötelezettségek ellátását, és ezen keresztül lépjen fel a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében, illetve amennyiben a veszélyeztetettség már fennáll, annak megszüntetéséért tegyen lépéseket.

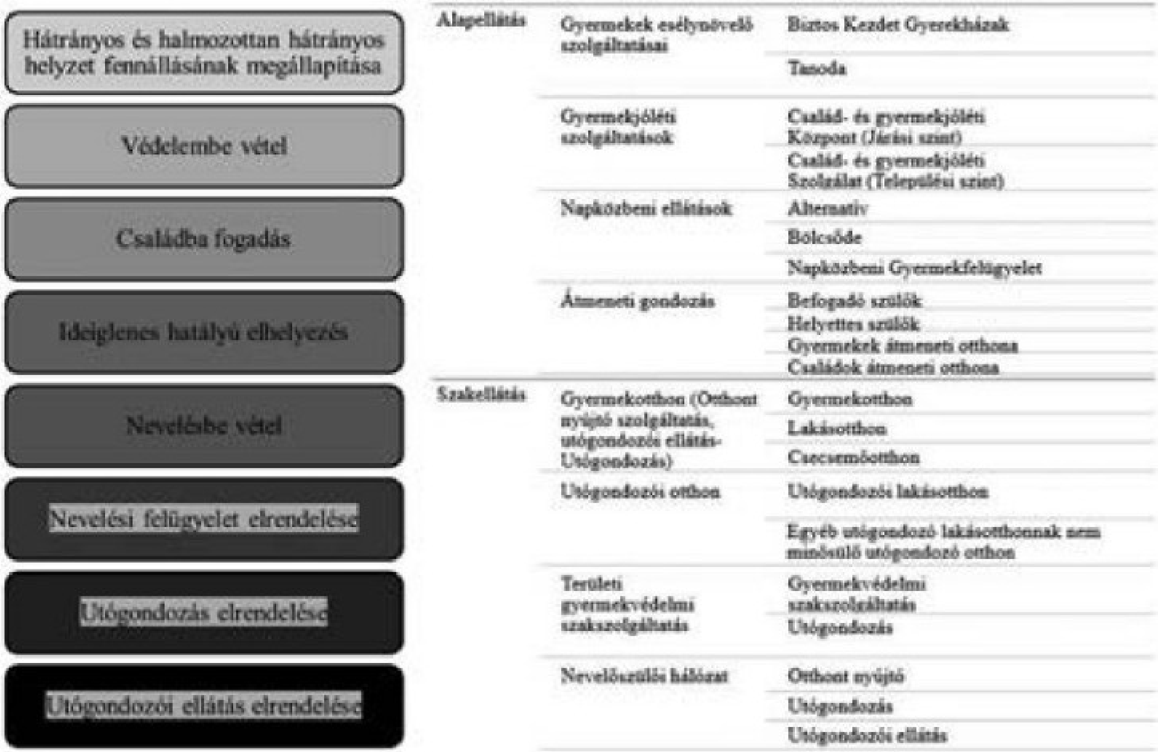
A Gyvt. a fentiek betarthatósága érdekében jelzőrendszert működtet, ennek tagjai többek között a közoktatási intézmények dolgozói, egészségügyi és védőnői szolgáltatók, rendőrség, ügyészség.

A gyermekjóléti *alap- és szakellátások* a gyermekvédelem két pillére. Előbbi a szülői felügyeleti jogot nem érinti, különböző szolgáltatásokon keresztül biztosítja a gyermek családban történő neveltetését; illetve amennyiben megtörténik a gyermek kiemelése, a szociális munka célja, hogy a gyermek a családba hazagondozhatóvá váljék.

A gyermek veszélyeztetettsége esetén védelembe vétel alá kerül; amennyiben ez tartósan fennáll, és a család részéről nem történik előrelépés (a veszélyeztetettség ellen), úgy a gyermek kiemelésre, azaz szakellátásba (otthont nyújtó ellátás típus) kerül.

A gyermekvédelem jogi szabályozottsága többszöri alkalommal jelentős változáson ment keresztül. Az átszervezések okán magának az intézményrendszernek az érintettsége (intézményi struktúra átszervezése, intézmények közötti feladatátcsoportosítás) nagyban meghatározzák az adatgyűjtés folyamatát, illetve az adatszolgáltatói kört; a fogalmi módosítások pedig szintén az adatgyűjtési folyamatot és egységeket befolyásolják.

**10.1. ábra. Gyermekvédelmi szolgáltatások rendszere**




Forrás: Czibere–Mester, 2020 nyomán saját szerkesztés

## 10.3. ADATSZOLGÁLTATÁS

### 10.3.1. Adatszolgáltatás intézményi háttere, protokollja

A Gyvt. 2016. január 1-jétől hatályos módosítása révén a gyermekjóléti szolgáltatás és az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (Sztv.) hatálya alá tartozó családsegítés új szervezeti struktúra, valamint feladatmegosztás alapján működnek, ezek a folyamatok család- és gyermekjóléti szolgáltatásként összevonásra kerültek. A szolgáltatások tartalma és az igénybevétel lehetőségei és formája, ennek következtében az adatszolgáltatás módja is alapvetően változott (Rácz–Szécsi, 2020; KSH, 2022). A törvénymódosítás jelentős hatással bír(t) az adatgyűjtés folyamatára (részletes ismertetés: Adatok korlátai, illetve Adatok elemzése c. alfejezetek).

A hazai gyermekvédelmi adatokat a KSH gyűjti, az adatgyűjtési folyamatot a *388/2017 Korm. rendelet az Országos Statisztikai Adatfelvételi Program* (továbbiakban: OSAP) *kötelező adatszolgáltatásairól* szabályozza, a statisztikák a gyermekvédelem különböző színtereivel kapcsolatba kerülő gyermekekről, családokról szolgáltatnak adatot. Az OSAP adatok éves szinten elérhetőek, a rendszer kiépítettsége miatt visszaellenőrizhetőek (KSH; Hodosán–Nyitrai, 2010). Az adatok elemzését nehezíti, hogy egyes területek több adatgyűjtési folyamatba is beletartoznak, ezáltal duplikációk, illetve átfedések jelennek meg. Ilyen adatok a halmozotti, illetve fő ok szerinti adatgyűjtés: a fő ok egy, a gyermek védelembe vételével kapcsolatos leghangsúlyosabb indokot jelöli, az egyéb problémák pedig a halmozott okok között jelennek meg. Itt tehát az összes előforduló problémát fel kell sorolni, a már regisztrált fő okkal együtt. Az elemzést nehezítő további tényező, hogy a gyermekvédelem két fő része, az alap- és a szakellátási adatok e két rész szerint tagoltak, a rendszer összekötése a két ellátástípus között nem biztosított (Rácz–Szécsi, 2020). A Gyvt. módosítása a rendszer korábbi elemeinek, a családsegítés és a gyermekjóléti szolgáltatások integrációját, valamint kétszintűvé válását (települési szint: család- és gyermekjóléti szolgálat; járási szint: a család- és gyermekjóléti központ) irányozta elő. Ennek értelmében 2016–2017-ben elindult a szolgálatok és központok működése, ami pedig az adatszolgáltatói egységeket módosította. Az átszerveződés és az azt övező bizonytalanságok miatt a 2016–17-es adatok megbízhatósága kérdéses, az adatok korlátozottan tudják lekövetni az intézményi rendszert is érintő változásokat (Hodosán–Nyitrai 2010).

Az alkoholizmussal összefüggő valós problémákat az adatok két ok miatt korlátozottabban tudják megjeleníteni: a módosult adatszolgáltatás révén az adatgyűjtésért felelős aktuális intézmény válik az elemzési egységgé, tehát

egyéni helyett aggregáltan jelenik meg a probléma. Valamint az adatszolgáltatásért felelős intézmény azt rögzíti, hogy a gyermekvédelmi szolgáltatás igénybevétele megtörtént, de azt nem, hogy milyen ellátásban részesült a gyermekvédelmi rendszer látóterébe került fiatalkorú (Rácz–Szécsi, 2020).

Tehát az adatgyűjtés több ponton módosult a jogi szabályozással összefüggésben; valamint a KSH is eszközölt módszertani változásokat a precízebb adatok eléréséért. Az adatok összehasonlítását ez korlátozza (részletesebben: adatelemzéssel foglalkozó fejezetek).

Vizsgálatunkban a következő gyermekvédelmi rendszerrel kapcsolatos kérdőívek kerülnek ismertetésre:

- 1210-es adatlap: Jelentés a gyámhatósági tevékenységekről
- 1775-es adatlap: A gyermekjólléti alapellátások működési adatai
- 1696-es adatlap: A család- és gyermekjóléti szolgáltatások adatai

AZ OSAP adatlapok kitöltése a veszélyeztetettségi és elhanyagolt jelzési okok alapján történik. Ezek a fogalmak nem pontosan körülhatároltak, tulajdonképpen gyűjtőfogalmak, tehát korlátolt és kevésbé pontos az adatokból kinyerhető információ.

A KSH (2022) meglátása szerint nincsenek jellemző típushibák az átadott adatgyűjtési dokumentumokban, ezt támogatja, hogy a kérdőívek kihelyezése mellett – minden adatgyűjtési időszakot megelőzően – a kitöltési útmutatók is elérhetőek, ami egyértelműsíti a kitöltést.

### 10.3.2. Az adatok korlátai

#### *10.3.2.1. Regionalitás*[3]

Az adatok földrajzi regionalitása, eloszlása problémás, mert a megyei adatok nem teljes bizonyossággal egyeznek meg a lakóhely szerinti adatokkal. A nevelésbe vételi eljárás lebonyolításában az a gyámhivatal illetékes, amelyhez a gyermek szülői felügyeletének gyakorlására jogosult szülő, illetve gyám a lakóhelye szerint tartozik. A szülők különélése, illetve ezen lakcímek eltérő gyámhatósági illetékessége esetén a gyermek lakóhelye a döntő az eljáró gyámhivatal tekintetében. Ha a gyermek lakóhelye egyik szülő lakóhelyével sem egyezik meg, akkor az anya lakóhelye alapján kerül kijelölésre az eljárásra jogosult hivatal.

[3] A gyermekvédelmi és gyámügyi feladat- és hatáskörök ellátásáról, valamint a gyámhatóság szervezetéről és illetékességéről szóló 311/2006. (XII.23.) Korm. Rendelet alapján.

A gyermek korábbi nevelésbe vételének esetén a gyámhivatal illetékessége mindaddig fennmarad, amíg a gyermek lakóhelye nem változik, lakóhelyváltozása esetén az új lakhely gyámhivatala válik illetékessé. Az illetékváltozás a gyámhivatal hatáskörébe tartozó ügymenetek mindegyikét érinti. Szakellátásba került gyermekek esetén jellemzően megmarad a bekerülés előtti lakcím, ettől eltérő esetben a tartózkodási hely szerinti TEGYESZ vagy a nevelőszülő címe szerint kerül kijelölésre az illetékes gyámhivatal.

#### *10.3.2.2. Veszélyeztetti adatok*

A veszélyeztetettségi adatok az adatgyűjtést érintő változások miatt 2004–2008, 2009–2012, 2013–2015, illetve 2016-os, 2017-es évek szerinti bontásban állnak rendelkezésre. A nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak számán belül az alkohollal összefüggésben[4] veszélyeztetett kiskorúakkal kapcsolatos adatokról az OSAP 1210 (2004–2015), 1775 (2013–2015), valamint 1696 (2016-tól) *adatlapok* nyújtanak információt (10.1. táblázat).

Az *adatszolgáltató* 2004–2012 között a városi gyámhivatal, 2013-tól pedig család- és gyermekjóléti ellátást biztosító intézmények.

2004 és 2008 között a tárgyévben *nyilvántartásba vett*, illetve tárgyév december 31-én *nyilvántartott* veszélyeztetett kiskorúak létszámát illetően egyaránt elérhetőek adatok; utóbbi esetében az *alkoholizmus miatt is veszélyeztetti* létszám szintén rendelkezésre áll. Ez kiegészül 2009–2012 között: ekkor már a *tárgyévben nyilvántartásba vett* kiskorúakról egyaránt elérhető az *alkoholizmus miatt is veszélyeztetetti* létszámadat.

2013 és 2015 között (10.2. ábra) megkülönböztetésre kerülnek a veszélyeztetettség *fő és halmozott oka*[5] szerinti kategóriák; valamint a veszélyeztetett *környezetében* megjelenő szenvedélybetegség, illetve az alkoholfogyasztás miatti veszélyeztetettség különválik. Indokolt kiemelni, hogy a környezeti fő ok egyfajta gyűjtőfogalom, a szenvedélybetegség (tehát nem csak az alkoholbetegség) mellett egyéb életviteli problémákat is jelöl.

Miután egyéni adatok nem, csak intézményiek érhetőek el, nincs rendelkezésre álló információ arról, a veszélyeztetett kiskorúak meddig maradnak a rendszerben – ezzel összefüggésben kimeneti adatok sem állnak rendelke-

---

[4] A KSH Életminőség-statisztikai főosztály által nyújtott információ szerint egzakt meghatározás az alkoholprobléma kapcsán nincs, a besorolás az adatszolgáltatók hatáskörébe tartozik.

[5] A regisztrálás során egy fő ok kerül rögzítésre, a további problémák pedig a halmozott okok között jelennek meg; a halmozott ok tartalmazza a fő okok számát az adott évben.

zésre, ezért nem összevethetőek az adott év végéig nyilvántartásba vett, illetve december 31-én nyilvántartott fiatalkorúak létszámadatai (Szécsi–Rácz, 2020; KSH, 2022).

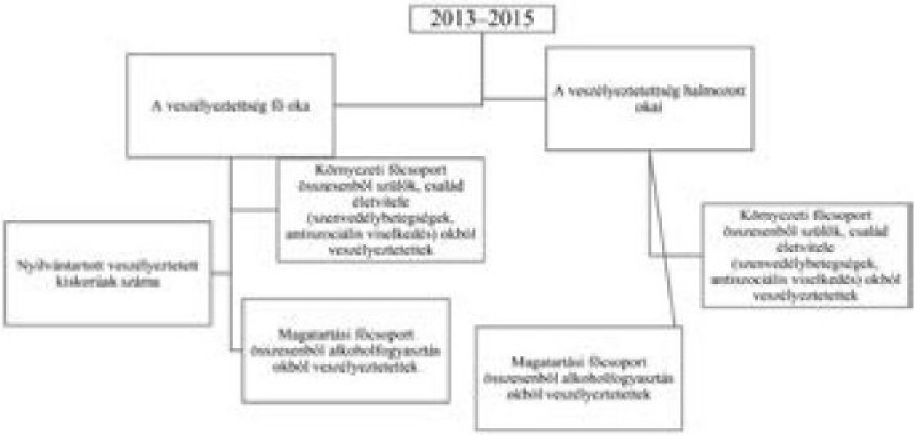
**10.1. táblázat. A veszélyeztetti adatgyűjtés változásai**

| | 2004–2008 | 2009–2012 | 2013–2015 | 2016 | 2017– |
|---|---|---|---|---|---|
| **Adatlap** | OSAP 1210 | | OSAP 1775 | OSAP 1696 | |
| **Adatszolgáltató** | Városi gyámhivatal<br>A gyámhatóság tevékenységi megyéje szerinti adatok | | Család- és gyermekjóléti ellátást biztosítók[6]<br>Telephely szerinti adatok | Család- és gyermekjóléti szolgálat | Család- és gyermekjóléti szolg., illetve központ is |
| **Elemzési egység** | Létszámadatok | | | | |
| **Adatgyűjtés** | – A tárgyévben nyilvántartásba vett veszélyeztetett kiskorúak száma<br>– tárgyév december 31-én nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak létszáma<br>• alkoholizmus miatt is veszélyeztetti létszám | 2004–2008-hoz képest kiegészül:<br>A tárgyévben nyilvántartásba vett (*alkoholizmus miatt* is) veszélyeztetett | – Nyilvántartotti adatok<br>– Környezeti főcsoport összesenből szülők, család életvitele (szenvedélybetegségek, antiszociális viselkedés) okból veszélyeztetettek<br>– Magatartási főcsoport összesenből alkoholfogyasztás okból veszélyeztetettek (veszélyeztetettség fő oka, illetve halmozott oka szerint) | | |

Forrás: KSH-adatlapok nyomán saját szerkesztés

[6] Gyermekjóléti központ; gyermekjóléti szolgálat; önálló gyermekjóléti szolgáltató. Önálló gyermekjóléti szolgáltató 2015-ben nem szerepel (K*SH* 2022).

**10.2. ábra. Változás a veszélyeztetti adatgyűjtésben 2013–2015**




Forrás: KSH, Saját szerkesztés

Ahogy az 10.1. táblázatban is feltüntetésre került, 2016-ban a Gyvt. változásai miatt változott az adatgyűjtés: az 1775-ösről átkerült a 1696-os OSAP-adatlapra; valamint az adatszolgáltatói kör is változott, 2016-tól a család- és gyermekjóléti szolgálat a felelős. Mivel a törvénymódosítás intézményi változásokat is előirányzott, a 2016-tól elérhető adatok a korábbiakkal megbízhatóan nem hasonlíthatóak össze (KSH, 2022).

Az adatszolgáltató között 2017-től a család- és gyermekjóléti szolgáltatókon felül megjelennek a központok is, ami nem teszi lehetővé az összehasonlíthatóságot: a szolgálatok a veszélyeztetettség esetén továbbítják az esetet az illetékes központnak is, ahol szintén regisztrálásra *kerülhet* ugyanaz az eset, tehát duplikációt is jelenthet. Továbbá a 2016. évhez hasonlóan a környezeti veszélyeztetettség mint gyűjtőfogalom korlátozza az adatok értelmezhetőségét. Elkülönítésre kerül az adatgyűjtésen belül a jogerős hatósági intézkedések kategória, mely esetében csak a szolgáltatók felelnek az adatokért (Szécsi–Rácz, 2020; KSH, 2022).

### *10.3.2.3. A család-, illetve gyermekjóléti szolgálat – szenvedélybetegség*

A gyermekjóléti szolgálatnál szenvedélybetegség miatt kezelt problémák száma az alkalmazott változások miatt a különböző évek között szintén korlátozottan hasonlítható össze (10.2. táblázat).

**10.2. táblázat: Szenvedélybetegséggel kapcsolatos adatgyűjtés – változások**

| | 2000–2015 | 2016–2017 | 2018 |
|---|---|---|---|
| Adatlap | OSAP 1775 | OSAP 1696 | |
| Adatszolgáltató | Telephely szerinti adatok; gyermekjóléti alapellátás | Telephely szerinti adatok; család- és gyermekjóléti szolgáltatások adatai | |
| Adatgyűjtés | A gyermekjóléti szolgálatnál kezelt problémák száma; Az ellátott gyermekek problémáinak halmozott száma | A család- és gyermekjóléti szolgáltatást igénybe vevő személyek száma elsődleges probléma szerint és a problémák halmozott száma, 2016 | A szolgáltatást igénybe vevő családok száma elsődleges probléma szerint és a problémák halmozott száma |

Forrás: KSH-adatlapok nyomán saját szerkesztés

Az ellátottak problémáival kapcsolatos OSAP-adatlapok kapcsán indokolt figyelembe venni, hogy nem a kliensek, hanem a problémák számát mutatja; tehát ha egy kliensnél több probléma jelentkezik, úgy mindegyik jelölésre kerül(t) (KSH, 2022).

A törvénymódosítás következtében 2016-tól módszertani változás került bevezetésre, melynek keretében a szolgáltatást *igénybe vevők számára* vonatkozott az adatszolgáltatási kötelezettség 2016-ban és 2017-ben; majd a 2018. és 2019. években a *szolgáltatást igénybe vevő a családok számára. 2016–2019 között egységesen jellemző,* hogy a kezelt problémák *elsődleges* probléma (több probléma esetén a legfontosabb) szerint és a problémák *halmozott* száma (fő problémával együtt az összes megjelenő probléma) szerint kerülnek a rendszerbe; tehát az adatok információtartalma szűk értelmezést tesz lehetővé.

A 2016–2017. évi[7] adatgyűjtés kapcsán fontos lehet kiemelni, hogy az adat rögzítése az egyénnel megállapodási szerződés alapján igénybe vett szolgáltatást jelenti; ha azonban a családból egy taggal áll fent ilyen szerződés, de az igénybe vett szolgáltatás más családtagokra is kiterjed, akkor a többi *ellátott* családtag is számításba kerül (KSH 2022).

[7] 2018–2019. években az adatgyűjtés családi egységre vonatkozott.

*10.3.2.4. A szenvedélybetegség miatt nevelésbe vett gyermekek adatai*

A nevelésbe vett gyermekek adatairól 2006-tól indulóan az OSAP 1210 adatlap nyújt információt. 2012-ig az adatszolgáltatásért a városi gyámhivatal a felelős, 2013-tól pedig a járási gyámhivatalok. Az adatok összevetését nehezíti, hogy 2012-ig az adatgyűjtés a tárgyév december 31-én nyilvántartott, 2013-tól viszont a tárgyévben nevelésbe vett kiskorúak létszámára vonatkozott. A 2013-tól érvényes változtatásokban 2014-ben még egy módosítás került bevezetésre, a korábban átmeneti és tartós nevelés helyett egységes fogalom, a nevelésbe vett gyermekek adatai kerültek rögzítésre (10.3. táblázat).

**10.3. táblázat. Nevelésbe vettek adatgyűjtésének változásai**

| | 2006–2007 | 2008–2012 | 2013 | 2014– |
|---|---|---|---|---|
| Adatlap | OSAP 1210 | | | |
| Adatszolgáltató | Városi gyámhivatal | | Önkormányzatok jegyzői, a járási, illetve Budapest esetében a kerületi- gyámhivatalok; és a szociális, gyámhivatali változásban érintett települések esetében a megyei kormányhivatalok jegyzői, körjegyző | |
| Adatgyűjtés | December 31-én nyilvántartott gyermekek létszáma (halmozott adat) | | Tárgyévben nevelésbe vett kiskorúak összesített száma | |
| Fogalmi változás | Átmeneti és tartós nevelésbe vételek számának összege | | | Az átmeneti és tartós nevelés mint gondoskodási forma helyett egységesen a nevelésbe vett gyermekek adatai |

Forrás: KSH-adatlapok nyomán saját szerkesztés

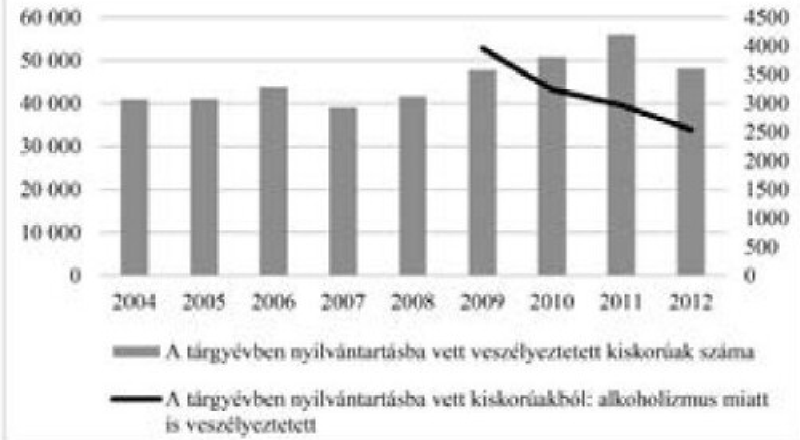
# 10.4. ADATOK ELEMZÉSE

## 10.4.1. Veszélyeztetetti adatok

*10.4.1.1. 2004–2012*

A *tárgyévben nyilvántartásba vett* kiskorúak létszámának teljes időszakra vonatkozó, egy évre jutó országos átlaga (10.3. ábra) a vizsgált időintervallumban 45 000 fő. Bár a nyilvántartásba vett fiatalkorúak száma emelkedik 2011-ig, de az *alkohol miatt nyilvántartásba vett fiatalkorúak* száma csökkenő tendenciát mutat. KSH módszertani módosítás nem történt ezen időszakban, ezért indokolt lehet figyelembe venni, hogy szintén KSH-adatok[8] alapján mind az egyéb *szociális alapszolgáltatásban részesülő szenvedélybetegek száma*, mind pedig a *nappali ellátásban részesülő szenvedélybetegek száma* stagnáló, illetve növekvő tendenciát mutat ezekben az években. Mindezek tükrében felmerülhet a veszélyeztetett gyermekeket érintő alkoholprobléma látenciája.

**10.3. ábra. Veszélyeztetetti adatok 2004–2012**




Forrás: KSH adatlapok, Saját szerkesztés

A vizsgált időintervallumon belül, éves szinten a veszélyeztetett kiskorúak közel fele Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, Pest megyében, illetve Budapesten válik veszélyeztetetté. Felülreprezentált továbbá Baranya, Bács-Kiskun és Szabolcs-Szatmár Bereg megye. Az *alkoho-*

[8] Szociális alapszolgáltatások és nappali ellátások.

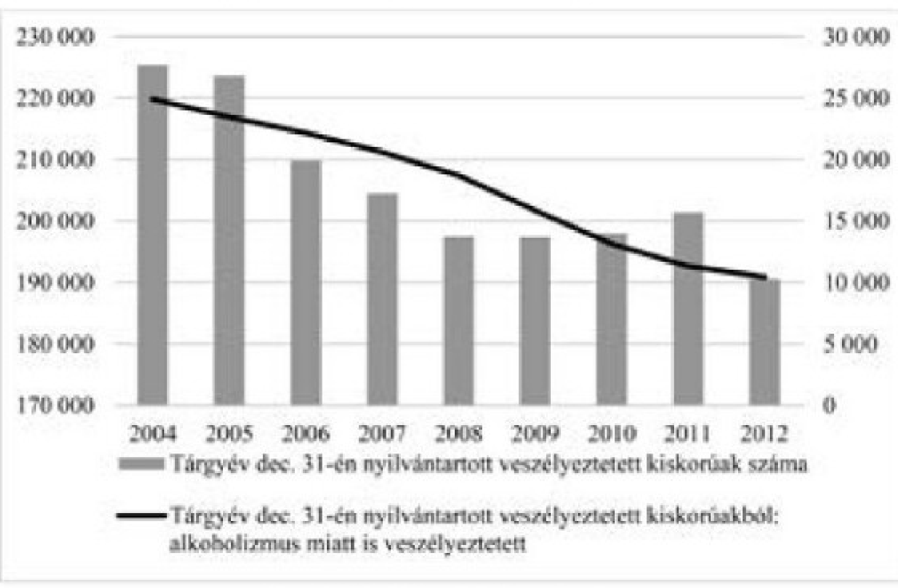
*lizmus miatt is veszélyeztetti* adatokhoz és az összes nyilvántartásba vett kiskorúak létszámadataihoz viszonyítva szintén az észak-, illetve közép-magyarországi régió, valamint Bács-Kiskun megye fokozott érintettsége rajzolódik ki.

A tárgyévben nyilvántartásba vett veszélyeztett kiskorúak létszámának a 18 év alatti lakosokhoz viszonyított arányát tekintve a teljes vizsgált időintervallumban (2004–2012 között) felülreprezentált Dél-Dunántúl, valamint Dél-Alföld és Észak-Alföld, továbbá Közép-Magyarország (2011–2012).

A *tárgyévben nyilvántartott veszélyeztetett gyermekek* létszáma (10.4. ábra) országosan 190–225 ezer fő közötti; Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, valamint Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében átlagosan 25, illetve 35 ezer fő a nyilvántartotti létszám, a vizsgált években a két megyében került regisztrálásra az érintett gyermekek országos létszámának 30%-a. Ezen adatok 18 év alatti lakosságszámhoz viszonyított aránya a Dél-Alföldön a legmagasabb (15–20%), fokozott érintettséget (12% feletti) mutat továbbá Nyugat-Dunántúl és Észak-Alföld.

Az alkoholizmus miatt is veszélyeztett kiskorúak száma, illetve az összes veszélyeztetetti létszámhoz viszonyított aránya egyaránt csökkenő tendenciát mutat.

**10.4. ábra. Tárgyév dec. 31-én nyilvántartott veszélyeztetti létszámadatok**




Forrás: KSH adatlapok, Saját szerkesztés

Az alkohol miatt nyilvántartásba vett létszámadatok 18 éves kor alatti lakossághoz viszonyított arányában szintén Dél-Alföld, Közép-Dunántúl, valamint Észak-Alföld emelkedik ki.

*10.4.1.2. 2013–2015*

2013-tól a veszélyeztetti adatok (veszélyeztetett gyermekek száma) jelentős visszaesést mutatnak: 2004–2012 között az éves átlag 205 ezer fő,[9] ez az érték 2013–2015 között 135 ezer főre *csökken*. Fontos figyelembe venni, hogy a 2013. évtől megjelent illetékességi és hatásköri változások nemcsak módszertani értelemben jelenthettek változást, hanem felmerül a gyermekvédelmi szolgáltatások hozzáférhetősége is (KSH 2022).

A *fő ok* tekintetében a regionális létszámadatokat a kiskorú lakosságarányhoz viszonyítva Dél-Dunántúl érintett a leginkább, majd Közép-Magyarország következik. Amennyiben azonban a *halmozott ok*okat (ami tartalmazza az elsődleges okok számát is) vesszük figyelembe, előbbi régió a probléma súlyossága alapján szintén az elsők között szerepel, azonban Közép-Magyarország a vizsgált 3 év mindegyikében alulreprezentált. A halmozotti okok információtartalmának bizonytalanságára utalhat, hogy Közép-Magyarországhoz hasonló képet mutat Észak-Alföld is, ami a további adatokat figyelembe véve fokozottan érintett terület. A legkevesebb esetszám Nyugat-Dunántúlon került rögzítésre.

*10.4.1.3. 2016*

2016-ban országosan megközelítőleg 40 000 gyermek volt környezeti főcsoport szerint szülők, család életvitele (szenvedélybetegségek, antiszociális viselkedés) okból; illetve magatartási főcsoport szerint alkoholfogyasztás okból veszélyeztetettség alapján érintett. A régiós adatok tekintetében a dunántúli három régió adatai maradnak minden kategóriában az átlag alatt; a többi régióban az adott évben a négy kategória (környezeti fő, illetve halmozott ok;

---

[9] A nagyságrendileg eltérő létszámadat mögött fontos figyelembe venni az 1.3.2.2. fejezetben ismertetett módszertani változást, miszerint a nyilvántartotti adatok rögzítésre kerülnek fő ok és halmozott ok szerint. Továbbá míg korábban az alkoholizmus miatt is veszélyeztetetti státusz került rögzítésre, 2013-tól ez a következőképp változik: környezeti főcsoport összesenből szülők, család életvitele (szenvedélybetegségek, antiszociális viselkedés) okból veszélyeztetettek; magatartási főcsoport összesenből alkoholfogyasztás okból veszélyeztetettek (veszélyeztetettség fő oka, illetve halmozott oka szerint).

magatartási fő; illetve halmozott ok) valamelyikében az országos szinten regisztrált veszélyeztett kiskorúak 14–25%-át adja; ebben a négy régióban került regisztrálásra a fiatalkorúak 74%-a.

A regisztrált létszámadatokat a 18 éves kor alatti lakossághoz viszonyítva szintén a Nyugat-Dunántúl és Közép-Magyarország alacsonyabb érintettsége rajzolódik ki (<1,7%), Észak-Magyarországon, az alföldi régiókban, valamint Dél- és Közép-Dunántúlon a legmagasabb az alkohollal összefüggésben veszélyeztetettek aránya (2,5–2,9%).

#### *10.4.1.4. 2017–2018*

A *fő ok* alapján veszélyeztetett kiskorúak létszáma 23–24 000 fő, *halmozott ok* alapján pedig 42–44 000 fő közötti létszámot ér el. A *környezeti, tehát szülők, család életvitele (szenvedélybetegségek, antiszociális viselkedés) ok*ból veszélyeztetettek között ismételten csak a Dunántúl kevésbé érintett, az országos átlag 70-75%-t éri el; míg a veszélyeztetettebb régiók 120%-ot.

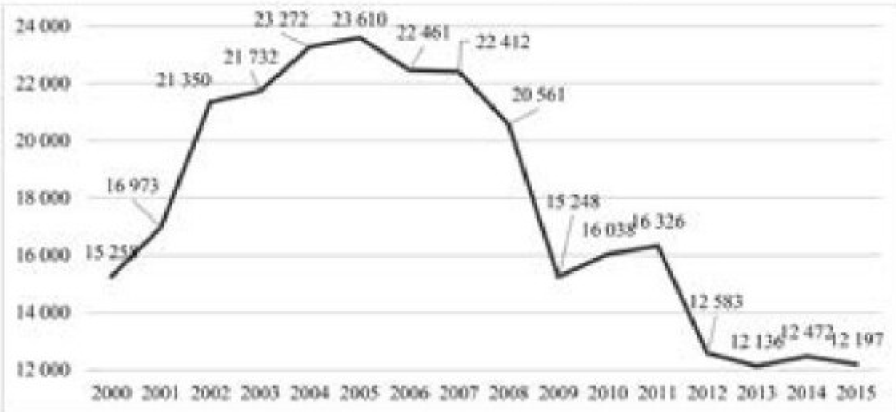
A különböző adatgyűjtési csoportok *(Környezeti / Magatartási okok; Fő / Halmozott ok / Jogerős hatósági intézkedések)* regionális létszámadatait viszonyítva, szintén területi bontásban, a 18 év alatti lakosságszámhoz, országos átlagon felüli értéket mutat jellemzően Dél-Dunántúl, Észak-Magyarország, Észak-Alföld, illetve Dél-Alföld mindkét évben. 2017-ben Közép-Dunántúlon, 2018-ban pedig Közép-Magyarországon jelennek meg a magatartással összefüggő problémák hangsúlyosabban az előbbi régiókon felül.

### 10.4.2. A család-, illetve gyermekjóléti szolgálat – szenvedélybetegség

#### *10.4.2.1. 2000–2015*

Az adatgyűjtési módszer bizonytalanságait mutatja, hogy a 2008-at követő esetszám-visszaesés (kb. 25%) mögött módszertani módosítás nem áll, azonban a szociális alapszolgáltatásban regisztráltak száma is csökken (kb. 30%) 2008–2009 között; a nappali ellátásban részesülők esetében azonban kb. 33%-os növekedés figyelhető meg (10.5. ábra).

**10.5. ábra. Az ellátott gyermekek problémáinak halmozott száma; A probléma típusa: szenvedélybetegség**




Forrás: KSH adatlapok, Saját szerkesztés

A problémák régiós bontásban megjelenő arányai alapján Közép-Magyarországon kerül regisztrálásra az esetek körülbelül 20%-a, a 18 év alatti lakosság aránya 27%. Azonban míg a problémák számát tekintve Észak-Alföld (a vizsgált évek átlagában 18%) az országos esetszámok tekintetében Közép-Magyarországot követi, a régió 18 év alatti lakossága kb. 13%-a az országosnak.

*10.4.2.2. 2016–2017*

Mint már említésre került, az adatok összehasonlíthatóságát, információtartalmát korlátozza, hogy a kitöltésnél az elsődleges problémát a halmozott oszlopban is fel kell tüntetni (KSH 2022). Az *elsődleges okok* tekintetében országosan, minden régióban csökkenés rajzolódik ki, míg a halmozott okok esetében heterogén a változás: Dél-Dunántúl, Dél-Alföld, Közép-Magyarország tekintetében 3–10% közötti. Nyugat-Dunántúlon a regisztrált személyek száma több mint kétszeresére nőtt (223%), az északi régiók, valamint Közép-Dunántúl esetében viszont körülbelül a felére esett vissza a regisztráltak létszáma. Figyelembe véve, hogy az adatokat a család- és gyermekjóléti szolgáltatások nyújtották be, az eltérő tendenciák kapcsán feltételezhető a törvénymódosítás által eszközölt intézményi változások hatása. Tehát az adatok információtartalma abban a kontextusban értelmezendő, hogy a törvény módosítása értelmében – elviekben- települési szinten váltak elérhetővé az adatszolgáltatók, azonban az egyik évről a másikra történő változtatás

gyakorlati megvalósíthatósága korlátozott, a szolgáltatások nem egységesen elérhetőek országos szinten.

*10.4.2.3. 2018–2019*

2018-tól ismét változás történt az adatgyűjtésben: nem a szolgáltatást igénybe vevő *személy*, hanem az *érintett család* szerint történik az adatok regisztrálása. Az elsődleges probléma okán regisztrált családok száma 1404, illetve 1275; a halmozott problémák okán (elsődlegessel együtt) regisztrált családok száma 5406, illetve 4784 (10.6. ábra).

Mivel az adatok rögzítése a családra vonatkozott, további információ (többek között gyermekek, felnőttek száma a családban) nem volt elérhető, ezért a lakosságszámhoz viszonyított félrevezető. Módszertani változás 2018–2019-ben nem történt, azonban a diagram heterogén adatait figyelembe véve felmerül az adatok értelmezhetőségének, illetve a gyermekvédelmi szolgáltatások elérhetőségének kérdése az intézményi átrendeződés folyamatával összefüggésben, különösen Nyugat-Dunántúl és Észak-Magyarország régiókat figyelembe véve.

**10.6. ábra. A probléma típusa: szenvedélybetegség***



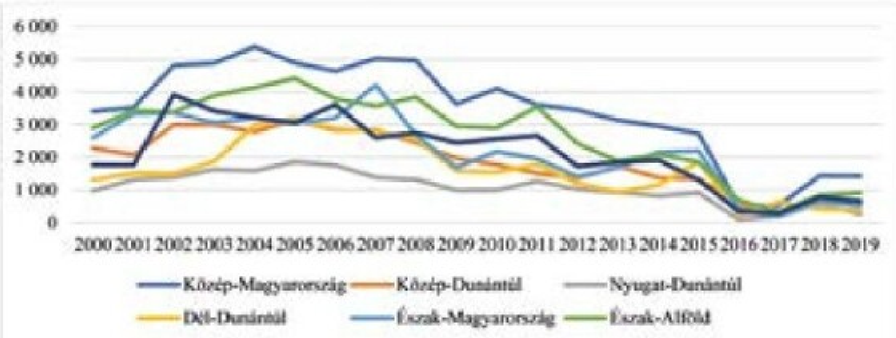

*Kategóriák elnevezése: KSH adatgyűjtési kategóriával megegyezően.
Forrás: KSH adatlapok,
Saját szerkesztés

A KSH javaslata szerint idősoros elemzésre a halmozott esetszám – a megfigyelési egység változásának mint korlátozó tényezőnek a figyelembevételével – lehet elviekben biztosított a következők szerint:

- 2000–2015: Az ellátott gyermekek problémáinak halmozott száma – A probléma típusa: szenvedélybetegség
- 2016–2017: A család- és gyermekjóléti szolgáltatást igénybe vevő 0–17 éves személyek problémáinak halmozott száma – A probléma típusa: szenvedélybetegség
- 2018–2019: A szolgáltatást igénybe vevő *családok* száma elsődleges probléma szerint és a problémák halmozott száma – A probléma típusa: szenvedélybetegség

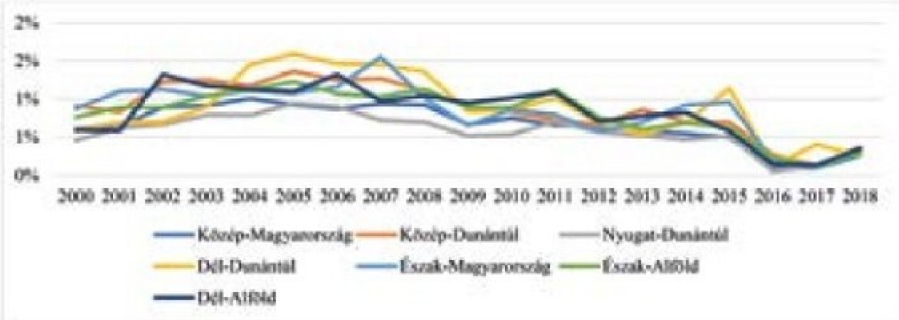
Mint a grafikonon is kirajzolódik, a 2016 előtti, illetve utáni időszak összevetése nem informatív a szenvedélybetegség okozta probléma megjelenítésére. A 10.7. és 10.8. ábrák rávilágítanak a gyermekvédelmi adatgyűjtés hiányosságaira, a törvénymódosítások hatásainak ábrázolására. Az összehasonlíthatósági problémát mutatja a 2016. évi esetek számának jelentős visszaesése az esetszámoka, illetve a fiatalkorú lakossághoz viszonyított arány tekintetében is. A fentebb évszámok szerint 3. pontban kiemeltek alapján 2000–2015, valamint 2016–2017 között jelentős eltérés a gyűjtött adatok között nincs, az eltérések mögött tehát az intézményi átszervezés feltételezhető (KSH, 2022).

**10.7. ábra. Ellátott problémák halmozott szám szerint**




Forrás: KSH adatlapok, Saját szerkesztés

**10.8. ábra. Ellátott problémák száma 18 év alatti lakossági arányhoz viszonyítva**




Forrás: KSH adatlapok, Saját szerkesztés

### 10.4.3. A szenvedélybetegség miatt nevelésbe vett gyermekek adatai

A szenvedélybetegség miatt nevelésbe vett – tehát otthont nyújtó ellátásba kerülő – gyermekek adatai kerülnek ismertetésre.

#### *10.4.3.1. 2006–2007*

A nyilvántartási adatok szerint 2006-ban *tartós nevelésben* 1734 gyermek, *átmeneti nevelésben* pedig 15 165 gyermek (összesen 16 899) volt; 2007-ben pedig 1585, illetve 15 133 (összesen 16 718). A nevelésben lévő gyermekek tekintetében speciálisan, alkoholprobléma miatt nem történik adatgyűjtés. A *szenvedélybetegséggel összefüggő nevelésbe vétel tekintetében* az *átmenetileg nyilvántartott fiatalkorúakra* vonatkozóan érhető el adat: 2006-ban 434, 2007-ben pedig 260 kiskorú (40%-os csökkenés) került átmenetileg nevelésbe vétel alá ez okból.[10] Indokolt figyelembe venni, hogy a bekerülés okaként egy fő ok, illetve több mellékok kerülhet meghatározásra a gyermek nevelésbe vételi eljárása során, az OSAP adatlap azonban csak a fő okokra vonatkozóan tud adatot szolgáltatni.[11]

A regisztrált esetek 2006–2007 közötti csökkenésének következtében a régiók Észak-Alföld kivételével az országos átlag alá kerültek (10.4. táblázat). Az

[10] Átmenetileg nevelésbe vett gyermekek adataihoz viszonyított arány: 2006: 2,9% illetve 2007: 1,7%.

[11] Ha például az iskolából a szülő függősége miatt sokat hiányzó tanuló a hiányzások száma miatt kerül a gyermekvédelmi rendszer látóterébe, a szenvedélybetegség mint ok nem feltétlen jelenik meg.

eltérés alapján Észak-Alföldön a legjelentősebb a probléma megjelenése, ez a régió mindkét évben erősen befolyásolta az országos átlagértékeket.

A Közép-Magyarországon regisztrált esetek a régió erősebb érintettségét mutatják; a további területeken regisztrált nevelésbe vételek száma homogénebb képet mutat.

**10.4. táblázat. Szenvedélybetegséggel összefüggő létszámadatok 2006–2007**

| | | Közép-Magyarország | Észak-Magyarország | Észak-Alföld | Dél-Alföld | Közép-Dunántúl | Nyugat-Dunántúl | Dél-Dunántúl | Magyarország | Országos átlag |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 év alatti lakosság (fő) | **2006** | 531 149 | 275 755 | 352 782 | 272 957 | 227 098 | 194 699 | 196 162 | 2 052 608 | 292 943 |
| | **2007** | 534 693 | 270 606 | 346 360 | 268 231 | 223 446 | 192 029 | 192 774 | 2 030 146 | 289 734 |
| December 31-én nyilvántartott átmeneti neveltekből: szenvedélybetegségek miatt (fő) | **2006** | 133 | 43 | 150 | 28 | 31 | 30 | 19 | 434 | 62 |
| | **2007** | 68 | 33 | 84 | 26 | 22 | 10 | 17 | 260 | 37 |
| Szenvedélybetegség miatt nevelésbe vettek aránya a teljes korcsoporthoz képest | **2006** | 0,03% | 0,02% | 0,04% | 0,01% | 0,01% | 0,02% | 0,01% | | |
| | **2007** | 0,01% | 0,01% | 0,02% | 0,01% | 0,01% | 0,01% | 0,01% | | |
| Országos átlagtól való eltérése | **2006** | 18,43% | –26,25% | 101,09% | –51,48% | –35,44% | –27,13% | –54,19% | 0,00% | |
| | **2007** | –0,70% | –4,78% | 89,37% | –24,31% | –23,12% | –59,34% | –31,14% | 0,00% | |

Forrás: KSH adatlapok, Saját szerkesztés

### *10.4.3.2. 2008–2018*

2006–2007-ben a *december 31-én nyilvántartott gyermekek létszámára* (halmozott adat) vonatkozott az adatgyűjtés, 2008-tól indulóan azonban *a tárgyévben nevelésbe vett gyermekek* adatai elérhetőek. Tehát a korábbi két évhez viszonyított összehasonlíthatóság csorbul, 2006–2007-ben halmozott adatok kerültek rögzítésre. Mivel az adatszolgáltatói feladatot *nem* a szolgáltatók és a központok látták-látják el, a 2016. januártól életbe lépő törvénymódosítás e tekintetben *nem befolyásolta* az adatokat.

2008 és 2013 között az országos adatok átlagosan 3300 fő körül mozognak; 2014-től azonban 4000 fő fölé emelkednek a nevelésbe vételi adatok. A 2014-

ben hatályba lépő Ptk.-módosítás a gyermekvédelmi ágazati szabályzatokat is módosította, ezáltal került törlésre az átmeneti és tartós nevelés, ami a korábbi ügyek felülvizsgálati kötelezettséget is jelentette. Az átmeneti és tartós nevelés mint gondoskodási forma helyett egységesen a nevelésbe vett gyermekek adatai jelennek meg. Tehát az adatok bár egységesen rendszer szerint kerültek gyűjtésre 2008–2013 között, ez esetben a Ptk.-módosítás befolyásoló ereje korlátozza némileg az évek közötti összehasonlíthatóságot (KSH, 2022).

A 2008–2018 közötti időszak elején nem, inkább a második felében jelenik meg – 2006–2007-hez hasonlóan – Észak-Alföld, mint leginkább érintett terület. Továbbá fontos figyelembe venni, hogy a szenvedélybetegségen belül természetszerűleg az alkohol mellett a gyógyszer- és a kábítószer-függőség is megjelenhet, azonban a KSH adatgyűjtése összefoglalóan a szenvedélybetegségekre vonatkozik. Mindezek mellett látenciát jelenthet, hogy Észak-Magyarországon, illetve Dunántúlon több évben nem került nevelésbe gyermek ezen okból (10.5. táblázat), míg a veszélyeztetti létszámadatok, illetve a gyermekjóléti szolgálatnál szenvedélybetegség miatt kezelt problémák száma alapján ezek a régiók felülreprezentáltak.

**10.5. táblázat. Szenvedélybetegségek miatt tárgyévben nevelésbe vett kiskorúak száma (fő) / országos átlagtól való eltérése**

| | Közép-Magyarország | Észak-Magyarország | Észak-Alföld | Dél-Alföld | Közép-Dunántúl | Nyugat-Dunántúl | Dél-Dunántúl | Magyarország | Országos átlag |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **2008** | 17 | 4 | 11 | 7 | 3 | 6 | 7 | 55 | 8 |
| | *15%* | *-45%* | *18%* | *-3%* | *-50%* | *15%* | *35%* | | |
| 2009 | 9 | 2 | 9 | 10 | 0 | 7 | 3 | 40 | 6 |
| | *-18%* | *-62%* | *34%* | *92%* | *-100%* | *85%* | *-20%* | | |
| **2010** | 17 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 7 | 30 | 4 |
| | *103%* | *-74%* | *-100%* | *-48%* | *-69%* | *-30%* | *153%* | | |
| **2011** | 24 | 0 | 10 | 1 | 2 | 1 | 4 | 42 | 6 |
| | *100%* | *-100%* | *45%* | *-81%* | *-56%* | *-75%* | *4%* | | |
| **2012** | 13 | 0 | 8 | 4 | 3 | 2 | 7 | 37 | 5 |
| | *25%* | *-100%* | *29%* | *-16%* | *-24%* | *-43%* | *106%* | | |
| **2013** | 25 | 0 | 10 | 3 | 2 | 0 | 3 | 43 | 6 |
| | *103%* | *-100%* | *146%* | *-23%* | *-64%* | *-100%* | *-45%* | | |
| **2014** | 40 | 5 | 8 | 7 | 6 | 1 | 6 | 73 | 10 |
| | *88%* | *-36%* | *16%* | *7%* | *-35%* | *-92%* | *-35%* | | |
| **2015** | 35 | 3 | 17 | 10 | 4 | 1 | 5 | 75 | 11 |
| | *57%* | *-62%* | *139%* | *50%* | *-57%* | *-92%* | *-46%* | | |
| **2016** | 8 | 10 | 16 | 4 | 14 | 1 | 10 | 63 | 9 |
| | *-58%* | *49%* | *167%* | *-28%* | *79%* | *-90%* | *29%* | | |
| **2017** | 13 | 32 | 9 | 3 | 4 | 3 | 7 | 71 | 10 |
| | *-40%* | *325%* | *33%* | *-52%* | *-54%* | *-74%* | *-20%* | | |
| **2018** | 21 | 21 | 22 | 11 | 4 | 8 | 5 | 92 | 13 |
| | *-26%* | *114%* | *148%* | *38%* | *-64%* | *-45%* | *-55%* | | |

Forrás: KSH-adatlapok nyomán saját szerkesztés

## 10.5. ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTETÉSEK

Az alkoholprobléma gyermekvédelmi vetületének fontosságát mutatja, hogy a szülői (környezeti) szenvedélybetegség miatt magasabb kockázati csoportba tartoznak az átlagpopulációhoz képest az érintett gyerekek. A veszélyeztetettség folyományaként megjelenő kiemelés további rizikófaktort jelent a fiatalkori fokozott szerhasználat megjelenése miatt.

Az adatok elemzését több tényező jelentősen korlátozza: ezek közé tartozik maga az adatgyűjtési metódus duplikációja, az év végi ellátotti (tehát halmozott) adatok. Az információk kiszűrésére korlátozó erővel bír, hogy bár a gyermekvédelmi rendszer kettébontása törvényi szinten megtörtént a 2016. januártól hatályos törvénymódosítás következtében, az alap- és a szakellátás közötti adatok összekapcsolása, illetve összevetése nem megoldott. A Gyvt. 2016-os módosítása továbbá a szolgálatok és központok működtetésével az adatszolgáltatói egységeket módosította.

További kérdéseket vet fel a szenvedélybetegségek jelenlétének komplex fogalma, mely gátolja az alkoholprobléma értelmezését.

Évente átlagosan 17 000 gyermeket érint a probléma az alkoholizmus miatt is veszélyeztetett nyilvántartott kiskorúak adatai alapján. Bár a gyermekek létszámára nem, a családokra vonatkozóan érhetőek el adatok: a család- és gyermekjóléti szolgálatoknál 2018–2019-ben szenvedélybetegség mint elsődleges probléma miatt regisztrált családok száma 1404, illetve 1275; a halmozott problémák (elsődlegessel együtt) regisztrált családok száma 5406, illetve 4784.

2006-ban 434, 2007-ben pedig 260 kiskorú került átmenetileg nevelésbe vétel alá szenvedélybetegség miatt (40%-os csökkenés), 2008–2018 között évente 30–92 fő, átlagosan 57 gyermek.

Regionális adatokat tekintve Észak-Magyarország és az Alföld az adatgyűjtés mind a három típusában felülreprezentált, továbbá erős érintettséget mutat Közép-Magyarország és Dél-Dunántúl is.

Előremutató lehet, ha az adatgyűjtések módszertani módosításai ellenére a hosszabb idősorok közötti értelmezhetőséget a rendszer biztosítaná; illetve indokolt lehet a szenvedélybetegségen belüli problémák szétválasztása, ami biztosítaná az alkoholprobléma körvonalazottabb megjelenítését.

## HIVATKOZÁSOK

### SZAKIRODALOM

Balogh K. – Gregorits P. – Rácz A. (2019). A gyermekvédelmi intézményrendszer működési környezetének vizsgálata a „gyermekvédelem mint szolgáltatás" értelmezési keretrendszer tükrében. *Esély: Társadalom és szociálpolitikai folyóirat,* 30. évf. 2. sz. 26–47. http://real.mtak.hu/104972/1/26-47_balogh_gregorits_racz.pdf

Czibere K. – Mester D. (2020). A magyar szociális szolgáltatások és főbb jellemzőik 1993 és 2018 között. In Kolosi T. – Szelényi I. – Tóth I. Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport.* Budapest. https://tarki.hu/sites/default/files/2020-10/434_449_Czibere_Mester_web.pdf

Elekes Zs. – Paksi B. (2005). A gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő fiatalok alkohol-és egyéb drogfogyasztása. *Kapocs,* 4. évf. 5. sz. http://www.ncsszi.hu/kiadvanyok/kapocs-letoltheto--lapszamai/kapocs-2005/106/news

Hodosán R. – Nyitrai Á. (2010). A gyermekvédelem az OSAP tükrében. *Kapocs,* 42–51. http://epa.oszk.hu/02900/02943/00047/pdf/EPA02943_kapocs_2010_4_07.pdf

KSH (2020). A gyermekvédelmi szakellátásban részesülő fiatalok (2010–) [Összefoglaló táblák (STADAT) – Idősoros éves adatok – Szociális védelem]. https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsg013.html

KSH (2022). Módszertani dokumentáció/szakstatisztikák. https://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=110&p_ot_id=100&p_obj_id=AFBA

Lannert J. (2017). Kábítószer-használat a szegregátumban élő általános iskolás gyerekek körében. Vezetői összefoglaló. https://www.t-tudok.hu/files/2/vezetoiosszefoglalodrog_korr.pdf (letöltve: 2019.02.20.).

Makara M. (2020). A gyermekkor és a felnőttkor összefüggései a nemzetközi vizsgálatok tükrében (Adverse Childhood Experiences [ACE] studyk és drogstudyk összefüggései). [Előadásanyag: A negatív gyermekkori élmények hatása a szenvedélybetegségek kialakulására és a megelőzés lehetőségei. Webkonferencia.] https://majbeteg.hu/a-gyermekkor-es-a-felnottkor-osszefuggesei-a-nemzetkozi-vizsgalatok-tukreben-adverse-childhood-experiences-ace-studyk-es-drogstudyk-osszefuggesei-makara-mihaly/

Szécsi J. – Szák Zs. (2020). Szenvedélybetegség a családban. *Szociálpedagógia,* 15. sz. *(Életfordulók Gyermekkortól időskorig.* Szerk. Kucsera Cs. és Rácz A.) 138–157. http://real-j.mtak.hu/14877/7/szocped15_2020%20%281%29.pdf#page=138 (letöltve: 2020.12.20.).

SZAKÉRTŐI EGYEZTETÉS

Rácz Andrea, ELTE, Szociális Tanulmányok Intézete – oktató; Szociális Munka Tanszék – tanszékvezető – Szécsi Judit, ELTE, Szociális Tanulmányok Intézete – oktató; Szociális Munka Tanszék – oktató. 2020. december

Szécsi Judit, ELTE egyetemi adjunktus. Szociális Tanulmányok Intézete – oktató, Szociális Munka Tanszék – oktató.

KSH-TÁBLÁZATOK

OSAP 1210 Nevelésbe vett gyermekek adatai; A tárgyévben nevelésbe vett kiskorúak száma, ahol a nevelésbe vétel oka: szenvedélybetegségek. 2008–2018.

OSAP 1696: A gyermekjóléti szolgálatnál kezelt problémák száma területi egységek szerint. Az ellátott gyermekek problémáinak halmozott száma. 2016; 2017; 2018.

OSAP 1775: A gyermekjólléti alapellátások működési adatai. 2000–2015.

5.1.1.25. Szociális alapszolgáltatások és nappali ellátások.

JOGFORRÁSOK

331/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a gyermekvédelmi és gyámügyi feladat- és hatáskörök ellátásáról, valamint a gyámhatóság szervezetéről és illetékességéről

388/2017. (XII. 13.) Korm. rendelet az Országos Statisztikai Adatfelvételi Program kötelező adatszolgáltatásairól

2011. évi CCXI. törvény a családok védelméről

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

# 11. ÖNBEVALLÁSOS VIZSGÁLATOK MAGYARORSZÁGON

Elekes Zsuzsanna – Németh Ágnes – Paksi Borbála

## 11.1. BEVEZETÉS

Magyarországon négy olyan kutatás folyik, amelyik hosszabb távon, rendszeresen ismétlődően ad információt a különböző rizikómagatartásokról. Bár a módszerek, a célcsoport és a vizsgált problémák különbözőek, mindegyik kutatás kiterjed az alkoholfogyasztás főbb sajátosságaira, és mindegyik kutatásnál kitüntetett szempont az adatok hosszabb távú összehasonlíthatósága.

Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) 2007-től vizsgálja a 18-64 éves népesség addiktológiai problémáit, adatai összehasonlíthatók a 2001. és a 2003. évi Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat eredményeivel. A kutatás az alkohol-kérdésekre vonatkozóan a European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) modell-kérdőívét veszi alapul.

Az Európai Iskolavizsgálat az Alkoholról és egyéb Drogokról (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD) 1995 óta készít négyévente ismétlődően adatfelvételeket a 16 éves, iskolában tanuló diákok körében a szerfogyasztási szokásaikról. A kutatásban 30-35 európai ország vesz részt.

Az iskolás gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour of School Aged Children – HBSC) kutatás az 1985/86-os tanév óta készít négyévente ismétlődő adatfelvételt a 11, 13 és 15 éves, iskolában tanuló korosztályok egészségmagatartásáról, így a különböző rizikótényezőkről is. A kutatásban 48 ország vesz részt az Egészségügyi Világszervezet európai régiójából, valamint Kanada.

Az OLAAP és az ESPAD utolsó adatfelvétele 2019-ben készült, a HBSC pedig a 2018/2019-es tanévben készítette utolsó felmérését. Így a három kutatás a hosszabb távú áttekintés mellett a közelmúltra vonatkozóan is részletes információkat ad.

2019-ben harmadszor került sor az Európai Lakossági Egészségfelmérésre (ELEF), amely kutatás a felnőtt népesség egészségi állapotát és egészségmagatartását vizsgálja. A kutatás 2011-től négyévente ismétlődik, és a 18 évesnél idősebb népességre terjed ki. Az utolsó adatfelvételre 2019-ben került sor. E tanulmánykötet készítésének az idején a 2019. évi adatfelvétel eredményeiről

még csupán rövid, összefoglaló jelentések készültek el, így erről külön részletes beszámolót nem közlünk. Az összefoglaló alfejezeteben azonban kitérünk az ELEF néhány alkoholra vonatkozó eredményére is.

A következő alfejezetekben az OLAAP, az ESPAD és a HBSC utolsó adatfelvételeit, valamint a trendekre vonatkozó eredményeket mutatják be a hazai kutatások vezetői.

## 11.2. A FELNŐTT LAKOSSÁG ALKOHOLFOGYASZTÁSA AZ ORSZÁGOS LAKOSSÁGI ADATFELVÉTEL AZ ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁKRÓL (OLAAP) 2019 KUTATÁS ADATAI ALAPJÁN

(Paksi Borbála)

### 11.2.1. Bevezetés

Jelen tanulmányban az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2019 (OLAAP, 2019)[1] vizsgálat alkoholfogyasztással kapcsolatos eredményeit mutatjuk be. Először általában az alkoholfogyasztás, illetve a szélsőséges ivás főbb mutatóival, majd az alkoholfogyasztás szerkezetével, életkori jellemzőivel, az egyes korévekben jelentkező lakossági kockázatokkal foglalkozunk. Ezt követően az alkoholfogyasztás, valamint a problémás alkoholfogyasztás társadalmi-demográfiai jellemzők mentén mutatkozó mintázódásait elemezzük. A társadalmi mintázódások vizsgálata során elsősorban a strukturalista/funkcionalista elméletek, azon belül a társadalmi/kulturális struktúrában való elhelyezkedéssel és az anómiával kapcsolatos magyarázatok, valamint az integrációs megközelítések (családi integráció, vallás, egyéb társas kapcsolatok) – esetenként az elméletek kapcsolódása, illetve a különböző értelmezések miatt egymást átfedő indikátorok – mentén mutatjuk be a társadalmi rizikótényezők és megóvó faktorok érvényesülését (Paksi, 2007). Az eredmények bemutatását az elmúlt közel másfél évtized tendenciáinak felvázolásával zárjuk.

### 11.2.2. Módszertani háttér

Az OLAAP 2019 kutatás a magyarországi 18–64 éves népesség bruttó 1800 fős országos reprezentatív mintáján készült. A minta kiválasztása régió, településméret és életkor szerint rétegzett véletlen mintavétellel történt. Az adatfelvétel a mintába kerültek személyes megkeresésével, ún. „kevert", face to face és önkitöltős elemeket kombináló kérdezési technikával, 2019 tavaszán zajlott. Az elért nettó mintanagyság 1385 fő. A mintakiesések miatti torzulások korrigálására rétegkategóriák szerinti mátrixsúlyozást alkalmaztunk (részletesen lásd: Paksi és mtsai, 2020).

[1] A kutatás a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (K128604) támogatásával készült.

Az alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdések kialakítása tekintetében a kutatás a korábbi magyarországi általános populációs vizsgálatokra (Paksi, 2003; Elekes–Paksi, 2004; Paksi és mtsai, 2009, 2017), az EMCDDA modell-kérdőíveire (EMQ) (EMCDDA, 1999, 2002), valamint a Reducing Alcohol Related Harm (RARHA) Standardised European Alcohol Survey (Moskalewicz és mtsai 2016) ajánlásaira támaszkodik. A nagyivás vizsgálata során a kérdőív kitért az ún. Extrém intenzitású ivás (High-Intensity Drinking) vizsgálatára is (Patrik–Azar, 2018). A problémás ivás mérése AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test) (Allen és mtsai, 1997; Gerevich és mtsai, 2006; Saunders és mtsai, 1993) segítségével történt.

A prevalenciaértékek számítása során – a korábbi adatfelvételekkel megegyezően – az EMQ ajánlásait követve az LYP, illetve az LMP értékek kiszámítása során ún. „konzisztencia-korrekciót" (EMCDDA 2002, 35) végeztünk, melynek keretében egyrészt az éves prevalenciára adott válaszok korrigálásra kerültek a havi fogyasztásra vonatkozó kérdések esetében kapott bevallásokkal, valamint az első használat életkorával, másrészt a rövidebb idejű prevalenciák válaszhiányait a hosszabb idejű prevalencia-kérdésekre adott „nem" válaszok alapján pótoltuk. Más kérdések esetében az adattisztításon túli adatkorrekcióra nem került sor.

**11.2.1. táblázat. Az OLAAP 2019 vizsgálat főbb módszertani jellemzőinek összefoglalása**

| | |
|---|---|
| **Az adatfelvétel ideje** | 2019. március–április |
| **Területi lefedettség** | országos |
| **Célpopuláció** | 18–64 éves magyarországi lakónépesség |
| **Mintakeret** | A BM Nyilvántartások Vezetéséért Felelős Helyettes Államtitkársága (BM NYHÁT) 2019. január 1-i nyilvántartása szerint érvényes lakcímmel rendelkező felnőtt lakosság (6 345 527 fő) |
| **Mintaválasztás módja** | régió, településméret, életkor szerint rétegzett véletlen mintavétel |
| **Mintanagyság** | Br: 1800 fő / N: 1385 fő |
| **Elméleti hibahatár** | ±2,6% |
| **Adatgyűjtési eljárás** | kevert: face to face + önkitöltős technika |
| **Adatfelvétel eszköze** | Alkoholfogyasztás és egyéb szerhasználó magatartások + viselkedési addikciók (Problémás internet-, Online játék-, Közösségi média-, Mobiltelefon-használat, Testedzés-addikció, Evési zavar, Munkafüggőség, Kényszeres vásárlás) + pszichológiai dimenziók + szociodemográfiai kérdések |
| **Súlyozás** | rétegkategóriák szerinti mátrixsúlyozás |

### 11.2.3. Az alkoholfogyasztás elterjedtségének főbb mutatói

#### *11.2.3.1. Az alkoholfogyasztás éves és havi prevalencia-értékei és gyakorisága*

A kutatást megelőző 12 hónapban a magyarországi 18–64 éves népesség 70,4 (±2,5) %-a fogyasztott alkoholt, azaz az előző évre vonatkozó absztinencia-arány a felnőttek körében 30% körül van. Aktuálisan, azaz az előző hónapban a felnőtt népesség körülbelül fele (a mérés hibahatárát figyelembe véve 49,3–54,7%-a), legalább heti rendszerességgel pedig körülbelül minden negyedik felnőtt ivott. A napi ivók aránya 3,8–6,2% közöttire becsülhető.

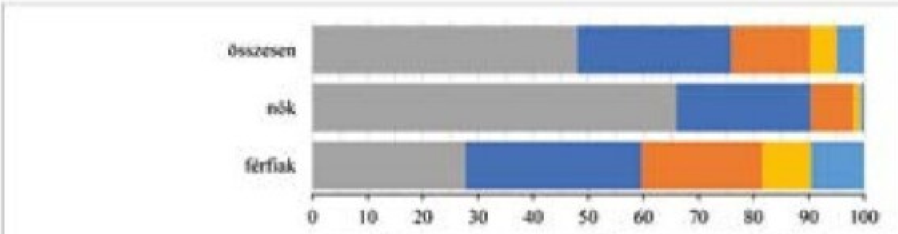
Nemek szerint minden vizsgált mutató tekintetében rendre szignifikáns (p<0,001) mintázódás figyelhető meg: a férfiak esetében az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke mintegy másfélszerese, a havi prevalencia-érték több mint kétszerese a nők között kapott értéknek. A férfiak esetében az ivás gyakorisága is szignifikánsan magasabb: a nőkhöz képest a legalább havi rendszerességű ivás több mint négyszer, a napi rendszerességű ivás pedig mintegy tizennégyszer gyakrabban fordul elő a férfiak körében (lásd a 11.2.2. táblázatban és a 11.2.1. ábrán).

**11.2.2. táblázat. Az alkoholfogyasztás főbb mutatói nemek szerint és összesen a 18–64 éves népesség körében, az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján (a válaszolók százalékában)**

| | férfiak | | nők | | p | összesen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | | N* | % | CI |
| **Éves prevalencia** | 617 | 84,6 | 669 | 57,2 | p<0,001 | 1286 | 70,4 | ±2,5 |
| **Havi prevalencia** | 623 | 72,4 | 705 | 34,0 | p<0,001 | 1328 | 52,0 | ±2,7 |
| **Az elmúlt hónapban legalább heti rendszerességű fogyasztás** | 622 | 40,3 | 705 | 9,6 | p<0,001 | 1328 | 24,1 | ±2,3 |
| **Az elmúlt hónapban napi rendszerességű fogyasztás** | 622 | 9,6 | 705 | 0,7 | p<0,001 | 1328 | 5,0 | ±1,2 |

Megjegyzés: N = válaszolók száma; p = szignifikancia értéke;
CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum

**11.2.1. ábra. Az elmúlt 30 nap alkoholfogyasztásának gyakorisága a 18–64 éves népesség körében nemek szerint és összesen, az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján (a válaszolók százalékában)**




| | férfiak | nők | összesen |
|---|---|---|---|
| nem ivott ennyit | 27,7 | 66,0 | 48 |
| ritkábban mint hetente | 32,0 | 24,4 | 28 |
| hetente | 21,9 | 7,7 | 14,3 |
| hetente többször | 8,8 | 1,3 | 4,8 |
| naponta vagy majdnem naponta | 9,6 | 0,7 | 4,9 |

p<0,001

*11.2.3.2. Az excesszív ivási magatartás prevalencia-értékei és gyakorisága*

Az excesszív ivási magatartást az OLAAP 2019 kutatás az alábbi mutatók mentén vizsgálta:

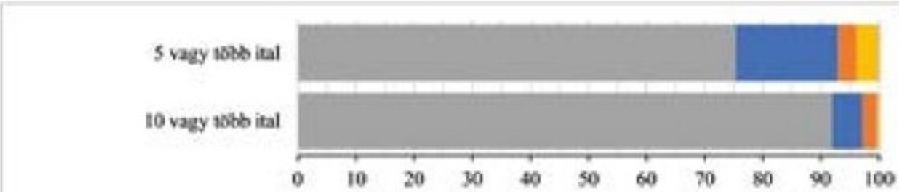
a) Rohamivás (Binge Drinking): legalább 5 vagy több ital[2] (legalább 60 mg tiszta alkohol) egy alkalommal való elfogyasztásának éves prevalencia-értéke és gyakorisága.
b) Extrém intenzitású ivás (High-Intensity Drinking [Patrik–Azar, 2018]): 10 vagy több ital (legalább 120 mg tiszta alkohol) egy alkalommal való elfogyasztásának éves prevalencia-értéke és gyakorisága.
c) Berúgás éves prevalencia-értéke és gyakorisága.
d) Berúgás havi prevalencia-értéke és gyakorisága.

Az egy alkalommal legalább 5 ital elfogyasztása (11.2.2. ábra) vagy lerészegedés (11.2.3. ábra) a felnőtt népesség körülbelül negyedénél-ötödénél fordult elő a vizsgálatot megelőző évben. Ezen ivási magatartások jellemzően a havi gyakoriságnál ritkábban fordulnak elő. A megkérdezettek 7,1%-a számolt be az elmúlt évre vonatkozóan legalább havi rendszerességgel „nagyivásról" (Binge Drinking), a lerészegedés havi prevalencia-értéke pedig 7,4%. Az extrém intenzitású ivási magatartás (High-Intensity Drinking) pedig a felnőtt

[2] Egy ital = 1,5 dl bor, vagy egy pohár vagy kis üveg (3,3 dl) sör, 4-5 cl tömény, egy koktél vagy egy üveg (3,3 dl) előre összeállított, alkoholtartalmú üdítőital.

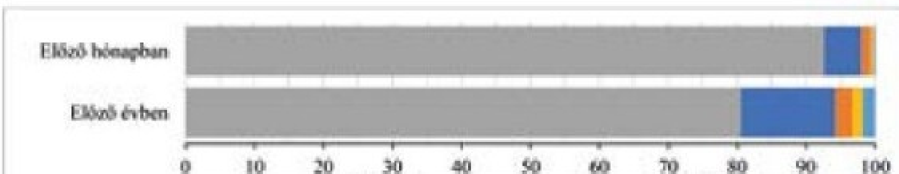
népesség 8,1%-ánál fordult elő, s mindössze 2,9% ivott ilyen extrém mennyiséget az elmúlt évben legalább havi rendszerességgel (11.2.2. ábra).

**11.2.2. ábra. A nagyivás gyakorisága az elmúlt évben a 18–64 éves népesség körében az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján (a válaszolók százalékában)**




| | 10 vagy több ital | 5 vagy több ital |
|---|---|---|
| nem ivott ennyit | 91,9 | 75,3 |
| ritkábban mint havonta | 5,3 | 17,7 |
| legalább havonta | 2,4 | 3,2 |
| legalább hetente | 0,4 | 3,8 |
| naponta vagy majdnem naponta | 0,1 | 0,1 |

**11.2.3. ábra. A lerészegedés éves és havi gyakorisága a 18–64 éves népesség körében az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján (a válaszolók százalékában)**




| | Előző évben | Előző hónapban |
|---|---|---|
| 0-szor | 80,5 | 92,6 |
| 1-2-szer | 13,7 | 5,4 |
| 3-5-ször | 2,5 | 1,3 |
| 6-9-szer | 1,5 | 0,4 |
| Legalább 10-szer | 1,8 | 0,3 |

### *11.2.3.3. A problémás alkoholfogyasztás elterjedtsége*

A problémás alkoholfogyasztás elterjedtségét az AUDIT skála (Alcohol Use Disorders Identification Test [Allen–Litten–Fertig–Babor, 1997; Gerevich–Bácskai–Rózsa, 2006; Saunders – Aasland – Babor – De La Funete – Grant, 1993]) alapján számítottuk. Összességében ennek alapján a válaszolók 6,2%-a tekinthető kockázatos vagy problémás alkoholhasználónak. Az AUDIT skála

összpontszámának átlagértéke, valamint a skála alapján kockázatosnak vagy problémásnak tekinthető alkoholfogyasztók aránya a magyarországi 18-64 éves férfiak és a nők esetében szignifikánsan különbözik ($p<0,001$): a férfiak körében az előző évi ivási magatartás alapján kockázatosnak/problémásnak tekinthető alkoholfogyasztók aránya 12%, míg a nők körében mindössze 1%.

Az elmúlt évben alkoholt fogyasztókon belül a kockázatos vagy problémás ivók aránya 8,9%. A nemek közötti különbség szignifikáns ($p<0,001$), a közelmúltban alkoholt fogyasztó férfiak 14%-a, a nőknek pedig 1,8%-a tekinthető kockázatos vagy problémás ivónak.

### 11.2.4. Az alkoholfogyasztás szerkezete

Az OLAAP 2019 vizsgálatban az alkoholfogyasztás szerkezetét egyrészt a különböző italfajták (bor, sör, tömény, előre összeállított alkoholtartalmú üdítőital) elmúlt évi prevalencia-értékével, illetve fogyasztási gyakoriságával, másrészt az egyes italfajtákból az egy szokásos alkalommal elfogyasztott[3] alkoholmennyiség 100%-os tiszta alkoholra átszámított mennyiségével jellemeztük.

#### *11.2.4.1. Éves prevalencia-értékek és fogyasztási gyakoriságok italfajtánként*

Az elmúlt évben a 18–64 éves lakosságban a legtöbben sört fogyasztottak, az éves prevalencia-érték a mérés hibahatárát figyelembe véve 45,4–50,8% között van. A bor és a tömény italok elterjedtsége hibahatáron belül megegyezik, de míg a tömény italok éves prevalencia-értéke szignifikánsan alacsonyabb a sörfogyasztáséhoz képest, addig a borfogyasztók aránya esetében ez csak kétharmados biztonsággal jelenthető ki. Az előre összeállított alkoholtartalmú üdítőitalok elterjedtsége a „tradicionális" italfajtákhoz képest jóval alacsonyabb: kevesebb mint egyharmadannyian isznak alkoholos üdítőket, mint bort, sört, illetve tömény italokat (11.2.3. táblázat). Az elmúlt évi fogyasztási gyakoriságok alapján a különböző italfajtáknak a prevalenciák alapján leírthoz hasonló prioritás sorrendje rajzolódik ki (11.2.4. ábra).

Az italfajták elterjedtségét és fogyasztási gyakoriságát nemek szerint vizsgálva, az előre összeállított alkoholtartalmú üdítőitalok kivételével minden italfajta esetében szignifikáns különbségek mutatkoznak. Leginkább markáns

[3] Általában mennyit ivott meg az adott italfajtából az elmúlt év egy olyan szokásos napján, amikor az adott italfajtát fogyasztotta.

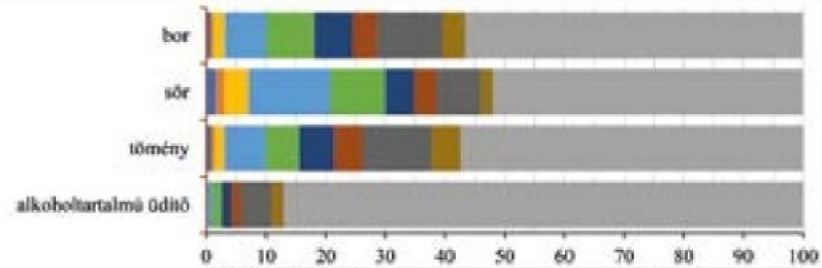
nemi mintázat a sörfogyasztás tekintetében rajzolódik ki: a férfiak 2,5–3-szor nagyobb arányban fogyasztottak sört a kutatást megelőző évben, mint a nők. A tömény italok esetében kétszer, a bor esetében pedig 1,3-szor nagyobb a férfiak körében kapott éves prevalencia-érték. A prevalencia-értékek alapján azt is láthatjuk, hogy amellett, hogy a férfiak nagyobb arányban és gyakrabban fogyasztanak minden „tradicionális" alkoholfajtát, mások a preferenciáik is. Míg a férfiak legnagyobb arányban sört fogyasztottak az elmúlt évben, majd ezt követte a tömény italok fogyasztása, és a bor a „tradicionális" italfajták közül az utolsó helyen szerepelt, addig a nők közül legtöbben bort ittak az elmúlt évben, s a sör a nők preferencia-rangsorában a tömény után a harmadik helyre szorul. Az éves prevalencia-értékek alapján az előre összeállított alkoholtartalmú italok fogyasztása érinti mindkét nem esetében a legkevesebb válaszolót (11.2.3. táblázat).

**11.2.3. táblázat: Italfajtánkénti éves prevalencia-értékek nemek szerint és összesen a 18–64 éves népesség körében, az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján (a válaszolók százalékában)**

| Alkoholfajták | férfiak | | nők | | p** | összesen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N* | % | N* | % | | N* | % | CI*** |
| **Bor** | 605 | 48,9 | 677 | 38,6 | p<0,001 | 1283 | 43,4 | ±2,7 |
| **Sör** | 606 | 72,3 | 679 | 26,5 | p<0,001 | 1284 | 48,1 | ±2,7 |
| **Tömény** | 602 | 57,5 | 673 | 29,1 | p<0,001 | 1276 | 42,5 | ±2,7 |
| **Előre összeállított, alkoholtartalmú üdítő ital** | 597 | 12,4 | 668 | 13,5 | nsz+ | 1266 | 13,0 | ±1,9 |

Megjegyzés: N = válaszolók száma; p = szignifikancia értéke;
CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum

**11.2.4. ábra. Különböző italfajták éves fogyasztási gyakorisága a 18-64 éves népesség körében az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján (a válaszolók százalékában)**




| | alkoholtartalmú üdítő | tömény | sör | bor |
|---|---|---|---|---|
| mindennap | 0,0 | 0,9 | 1,7 | 0,7 |
| hetente 5-6 alkalommal | 0,0 | 0,5 | 1,3 | 0,5 |
| hetente 3-4 alkalommal | 0,2 | 1,6 | 4,1 | 1,9 |
| hetente 1-2 alkalommal | 0,8 | 7,0 | 13,7 | 7,0 |
| havonta 2-3 alkalommal | 1,6 | 5,6 | 9,2 | 8,0 |
| havonta egyszer | 1,7 | 5,8 | 4,9 | 6,5 |
| egész évben 6-11 alkalommal | 1,5 | 4,8 | 3,7 | 4,0 |
| egész évben 2-5 alkalommal | 5,1 | 11,6 | 7,5 | 11,0 |
| egész évben 1 alkalommal | 2,1 | 4,8 | 1,9 | 3,8 |
| 0-szor | 87,0 | 57,4 | 51,9 | 56,5 |

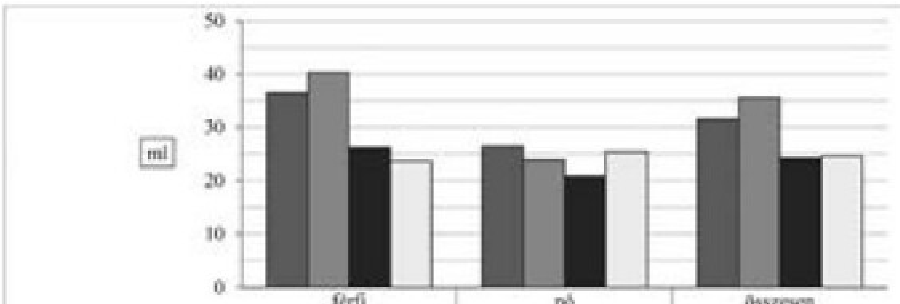
### *11.2.4.2. Egy átlagos alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége italfajtánként*

Az elmúlt évben egy szokásos alkalommal elfogyasztott mennyiség alapján a különböző italfajták közül a magyarországi felnőtt népesség – 100%-os tiszta alkoholban értelmezve – sört ivott a legnagyobb mennyiségben, átlagosan 35,6 ml-t. Ezt követi a borfogyasztás, 31,6 ml-es átlagértékkel, majd holtversenyben a tömény ital, illetve az előre összeállított alkoholtartalmú üdítő italok, melyek esetében tiszta alkoholban számítva az átlagos fogyasztás 24 ml volt.

A prevalenciák és fogyasztási gyakoriságok alapján megjelenő tendenciákhoz hasonlóan a „tradicionális” alkoholfajták esetében az elfogyasztott alkohol mennyisége tekintetében is rendre szignifikáns különbség mutatkozik a nemek között. A férfiak egy szokásos alkalommal több mint másfélszer annyi sört isznak, mint a nők ($p<0,001$), 100%-os tiszta alkoholban számítva 10 ml-rel több bort ($p<0,001$) és 6 ml-rel több tömény italt ($p=0,003$). Az előre összeállított alkoholtartalmú üdítőitaloknál azonban az elfogyasztott mennyiség tekintetében sem tapasztaltunk a nemek között szignifikáns különbséget ($p>0,1$).

A különböző italfajtákból egy szokásos alkalommal – 100%-os alkoholban számítva – elfogyasztott mennyiségek alapján a férfiak az elmúlt évben legtöbbet sörből ittak, ezt követte a bor, majd jóval lemaradva, egymáshoz hasonló adatokkal, a tömény italok és az alkoholtartalmú üdítők formájában elfogyasztott alkoholmennyiség. A nők viszont bort ittak – tiszta alkoholban számítva – a legnagyobb mennyiségben, ettől csak kicsit lemaradva a második helyen az alkoholtartalmú üdítők állnak, amit a sör és a tömény italok követnek.

**11.2.5. ábra. Különböző italfajtákból az elmúlt évben egy szokásos alkalommal elfogyasztott alkoholmennyiség 100%-os alkoholban* a 18–64 éves népesség körében az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján (ml, átlag)**




| | férfi | nő | összesen |
|---|---|---|---|
| bor | 36,5 | 26,4 | 31,6 |
| sör | 40,3 | 23,9 | 35,6 |
| tömény | 26,2 | 20,8 | 24,2 |
| alkoholtartalmú üdítő | 23,6 | 25,4 | 24,6 |

Az egyes alkoholfajtáknál a következő alkoholtartalommal számolva:
bor: 11%; sör: 5%; tömény: 35%; előre összeállított, alkoholtartalmú üdítő ital: 4,3%

### *11.2.4.3. Az alkoholfogyasztás szerkezete a mennyiségi és gyakorisági adatok alapján*

Összességben tehát a mennyiségi és gyakorisági adatok alapján azt mondhatjuk, hogy a magyarországi felnőtt népességben a legtöbben és a legnagyobb mennyiségben sört fogyasztanak, ezt követi a bor fogyasztása. A tömény italok a borokhoz közel hasonló mértékben elterjedtek a lakosság körében, azonban a tömény italokat – 100%-os alkoholban számítva – kisebb mennyiségben fogyasztják, ugyanakkor az alkoholos üdítők fogyasztása a lakosság kisebb részét érinti, azonban tiszta alkoholban az ezekből elfogyasztott mennyiség megegyezik az elfogyasztott tömény italok mennyiségével.

A mennyiségi és gyakorisági adatok alapján a „tradicionális" alkoholfajták esetében rendre szignifikáns különbség mutatkozik a nemek között. A férfiak

– alkoholtartalmú üdítők kivételével – minden italfajtából nagyobb arányban, gyakrabban és nagyobb mennyiséget is fogyasztanak. Ugyanakkor a prevalenciák és a fogyasztási gyakoriságok mentén a férfiak és a nők alkoholfajták tekintetében megjelenő preferenciái a szokásosan elfogyasztott mennyiségek alapján kirajzolódótól némileg eltérőek. A férfiak körében a sör, a nők körében pedig a bor áll a mennyiségi és gyakorisági adatok alapján is az első helyen, azonban a második helyen a férfiak esetében az elfogyasztott mennyiség alapján a bor, a prevalencia-adatok alapján pedig a tömény italok vannak. A prevalencia- és gyakorisági adatok alapján mindként nem esetében az utolsó helyen szereplő alkoholtartalmú üdítők a nők esetében a mennyiségi adatok szerint feljönnek a második helyre.

### 11.2.5. Első fogyasztás, lerészegedés életkora

A 18-64 éves populációban 16,6 éves korban következik be az első alkoholfogyasztás, a legtöbben 16 éves korukban isznak először alkoholt. Azonban a valaha alkoholt fogyasztók közül minden hatodik-hetedik (15%) már 14 évesen túl volt az első alkoholfogyasztáson. Az első berúgás egy évvel később, átlagosan 17,6 évesen történt, a legtöbben 18 évesen rúgnak be először (módusz 18).

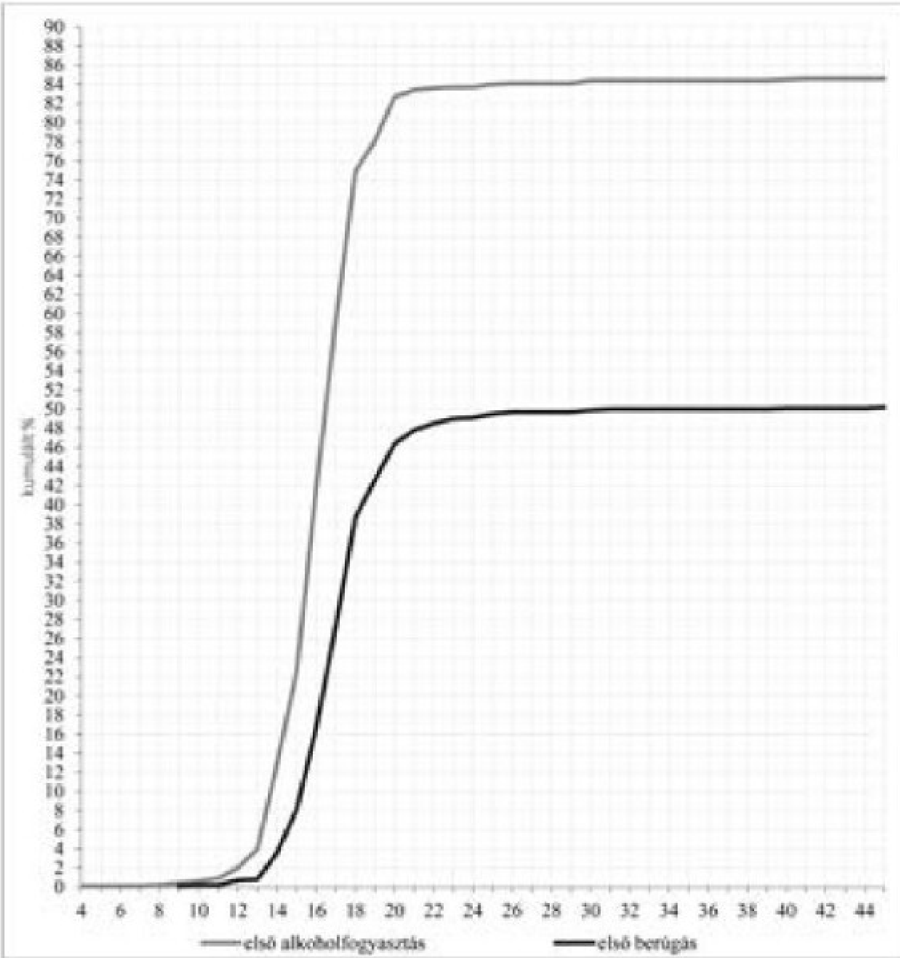
Az első alkoholfogyasztás életkora alapján számított kumulált prevalencia-görbe[4] (11.2.6. ábra) alapján a mai felnőtt népességben az első alkoholfogyasztás döntően 14–18 éves kor között történt. 14–15 éves korban évente 9–10%, 16–18 éveseknél pedig 16–19% között van az alkohollal való kapcsolatba kerülés kockázata. Az ezt a periódust követő 2 év hordoz még kockázatot: ekkor évente a mai felnőtt lakosság 3-5%-a próbálta ki az alkoholt. Majd 20 éves kor után a kockázat minimalizálódik: aki addig nem fogyasztott még alkoholt, nagy eséllyel már nem próbálja ki.

Az első berúgás kockázatának idői lefutása nagyon hasonló. Érdemben 14 éves korban jelenik meg a kockázat, kezdetben 3–4%-os, majd 16–18 éves kor között 9–11%-os kockázatként. 18 éves kor után az első berúgás valószínűsége is csökken, s 22 éves kortól minimalizálódik.

---

[4] Amennyiben valamely populációban az első alkoholfogyasztás évére vonatkozó gyakorisági adatok kumulált értékeit ábrázoljuk, a görbe meredeksége azt mutatja, hogy mekkora a kockázata annak, hogy az, aki még soha nem fogyasztott alkoholt, az adott korévben kipróbálja.

**11.2.6. ábra. Az első alkoholfogyasztás (N=1097) és az első lerészegedés (N=1133) kockázata a különböző korévekben (kumulált prevalencia-görbe) a 18–64 éves válaszolók körében az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján (a válaszolók kumulált százalékában)**




A férfiak a nőkhöz képest egy évvel korábban, átlagosan 16,1 évesen fogyasztanak először alkoholt (nők: 17,2 évesen; p<0,001), s tendenciajelleggel általában az első berúgás is korábban történik a férfiak esetében (férfiak 17,4, nők 17,9 évesen; p=0,056).

## 11.2.6. Társadalmi-demográfiai mintázódások

Ebben a fejezetben az előző évi alkoholfogyasztás, valamint az AUDIT alapján problémásnak tekinthető fogyasztók nemi, életkori, urbanizációs mintázódását, képzettségi/munkaerőpiaci/anyagi státusát, jól-létét, mobilitását, vallási és családi integráltságát, anómikus érzületeit, különböző életdimenziókkal való elégedettségét és deviáns családi mintáit először leíró statisztikai eszközökkel, majd logisztikus regressziós modell alkalmazásával vizsgáljuk.

### *11.2.6.1. Az alkoholfogyasztás társadalmi-demográfiai mintázódása*

Az előző évi alkoholfogyasztás mintázódását leíró statisztikai eszközökkel elemezve, a vizsgált társadalmi és demográfiai dimenziók többsége esetén szignifikáns ($p<0{,}05$) eltérések figyelhetők meg.

A már korábban is bemutatott nemi mintázódás mellett szignifikáns életkori, urbanizációs, képzettségi/munkaerőpiaci státus szerinti eltéréseket tapasztaltunk. Szintén szignifikánsan különbségek mutatkoztak a vallási integráció, a családi deviáns minták és a jól-lét tekintetében. Ugyanakkor az anyagi státus, a családi integritás, valamint a különböző életdimenziókkal való elégedettség mentén vegyes kép rajzolódott ki: ezen dimenziók némely indikátora esetében megjelent szignifikáns mintázódás, más indikátorok esetében nem. Az intergenerációs képzettségi mobilitás és az anómikus érzületek tekintetében pedig nem tapasztaltunk szignifikáns különbségeket az elmúlt évben fogyasztók és nem fogyasztók között.

Az elmúlt évben fogyasztók átlagosan 2 évvel fiatalabbak azoknál, akik nem ittak alkoholt a vizsgálatot megelőző évben. Vidéken – az ötezernél kisebb, de legalább ezerfős lélekszámú települések kivételével – szignifikánsan nagyobb az előző évben alkoholt fogyasztók aránya, mint Budapesten. Képzettségi státus tekintetében a képzettség nélküli, alacsony iskolai végzettségűek kisebb éves prevalencia-értékét kell kiemelnünk, mint ahogy munkaerőpiaci aktivitás, a jövedelmi státus néhány mutatója (deprivációs index, háztartás átlagos jövedelme) és a kérdezett jól-léte alapján is – a teoretikus modellek alapján várt mintázódással ellentétben – inkább a kedvezőtlenebb státusú csoportok védettsége mutatkozik meg. Ugyanakkor adataink, a teoretikus modellekkel összhangban, a vallási integritás és a családi minták szignifikáns szerepét jelzik. A vallásos, az egyház tanításait követő válaszolók körében az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke az átlagosnál alacsonyabb, az ateisták, illetve a vallásosság tekintetében bizonytalanok esetében pedig az átlagosnál maga-

sabb. Emellett a leíró statisztikai adatok a fogyasztók körében a családi minták intenzívebb jelenlétére utalnak (11.2.4. és 11.2.5. táblázat).

**11.2.4. táblázat. Az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke a különböző szociodemográfiai jellemzők mentén a 18–64 éves népességben az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján**

| | N | LYP (%) | $\chi^2$ (df) | p |
|---|---|---|---|---|
| **Nem** | | | | |
| **Férfi** | 617 | 84,6 | 115,19(1) | <0,001 |
| **Nő** | 669 | 57,2 | | |
| **Korcsoport** | | | | |
| **18–24** | 151 | 69,5 | 13,65(4) | 0,008 |
| **25–34** | 258 | 73,3 | | |
| **35–44** | 333 | 74,8 | | |
| **45–54** | 290 | 70,7 | | |
| **55–64** | 255 | 61,6 | | |
| **Településméret** | | | | |
| **<1000** | 90 | 74,4 | 37,71(6) | <0,001 |
| **1000–4999** | 324 | 66,4 | | |
| **5000–9999** | 92 | 77,2 | | |
| **10 000 – 49 999** | 324 | 74,4 | | |
| **50 000 – 149 999** | 166 | 78,3 | | |
| **>150 000** | 72 | 81,9 | | |
| **Bp** | 218 | 56,4 | | |
| **Várható legmagasabb iskolai végzettség** | | | | |
| **8 általános vagy kevesebb** | 136 | 61,8 | 10,49(3) | 0,015 |
| **szakmunkás** | 445 | 71,9 | | |
| **érettségi** | 458 | 68,1 | | |
| **felsőfok/egyetem utáni képzés** | 248 | 76,2 | | |

| | N | LYP (%) | $\chi^2$ (df) | p |
|---|---|---|---|---|
| **Szakképzettség** | | | | |
| **nincs** | 204 | 62,3 | 7,06(1) | 0,006 |
| **van** | 949 | 71,7 | | |
| **Intergenerációs végzettségi mobilitás**[5] | | | | |
| **felfelé mobil** | 666 | 71,3 | 1,23(2) | 0,542 |
| **nem mobil** | 540 | 70,6 | | |
| **lefelé mobil** | 53 | 64,2 | | |
| **Munkaerőpiaci aktivitás** | | | | |
| **nincs keresőtevékenysége** | 303 | 60,1 | 21,21(1) | <0,001 |
| **van keresőtevékenysége** | 965 | 73,9 | | |
| **Háztartás nettó havi jövedelme** | | | | |
| **≤125 ezer Ft** | 34 | 47,1 | 21,90(5) | 0,001 |
| **126–180 ezer Ft** | 104 | 65,4 | | |
| **181–255 ezer Ft** | 186 | 67,7 | | |
| **256–380 ezer Ft** | 231 | 71,0 | | |
| **381–400 ezer Ft** | 120 | 68,3 | | |
| **>400 ezer Ft** | 116 | 84,5 | | |
| **A háztartás szubjektív anyagi helyzete** | | | | |
| **kényelmesen megélnek** | 107 | 72,9 | 4,09(3) | 0,252 |
| **kijönnek a jövedelmükből** | 807 | 71,6 | | |
| **nehezen élnek** | 289 | 66,1 | | |
| **nagyon nehezen élnek** | 58 | 65,5 | | |
| **A háztartás relatív anyagi helyzete a kérdezett percepciója alapján** | | | | |
| **magasan a legjobbak között van** | 13 | 69,2 | 3,13 (4) | 0,536 |
| **jobb az átlagnál** | 245 | 74,3 | | |
| **átlagos** | 798 | 69,4 | | |
| **rosszabb az átlagnál** | 206 | 69,9 | | |
| **legrosszabbak között van** | 10 | 83,3 | | |

[5] A kérdezett várható iskolai végzettségének elmozdulása nők esetében az anya, férfiak esetében az apa végzettségéhez képest (Robert, 1990).

| | N | LYP (%) | $\chi^2$ (df) | p |
|---|---|---|---|---|
| **Vallásosság** | | | | |
| **vallásos, az egyház tanításait követi** | 102 | 61,8 | 16,26(4) | 0,003 |
| **vallásos a maga módján** | 519 | 69,0 | | |
| **nem tudja, hogy vallásos-e** | 81 | 82,7 | | |
| **nem vallásos** | 502 | 71,1 | | |
| **ateista** | 46 | 87,0 | | |
| **Partnerkapcsolat** | | | | |
| **egyedül él** | 245 | 70,2 | 0,09(1) | 0,412 |
| **kapcsolatban él** | 850 | 71,0 | | |

Megjegyzés: N = elemszám; LYP = éves prevalencia-érték; df = szabadságfok; p = szignifikancia
A szignifikáns ($p<0,05$) összefüggéseket a táblázatban szürke mezővel kiemeltük

**11.2.5. táblázat. Különböző szociodemográfiai változók átlagértéke az előző évben alkoholt fogyasztók és nem fogyasztók körében a 18–64 éves népességben az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján**

| Változó | Nem fogyasztott | | | Fogyasztott | | | F érték | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | Átlag | Szórás | N | Átlag | Szórás | | |
| **Életkor** | 380 | 43,1 | 13,7 | 905 | 41,1 | 12,7 | 6,78 | 0,009 |
| **Háztartásméret** | 379 | 2,75 | 1,26 | 903 | 3,0 | 1,24 | 10,60 | 0,001 |
| **Családi devianciák száma** | 357 | 1,36 | 1,30 | 863 | 1,77 | 1,56 | 19,08 | <0,001 |
| **Anómia összpontszám**[6] | 355 | 18,14 | 6,86 | 828 | 18,03 | 6,37 | 0,06 | 0,803 |
| **Deprivációs index**[7] | 381 | 3,69 | 41,10 | 905 | 2,96 | 3,67 | 10,08 | 0,002 |
| **Munkavégzéssel töltött órák száma/hét** | 370 | 27,48 | 19,65 | 886 | 32,91 | 17,66 | 23,10 | <0,001 |
| **Elégedettség:* a munkájával** | 370 | 3,59 | 1,14 | 852 | 3,68 | 1,08 | 1,63 | 0,202 |
| **Elégedettség:* anyagi körülményeivel** | 341 | 3,29 | 1,07 | 889 | 3,34 | 1,03 | 0,56 | 0,454 |
| **Elégedettség:* családi kapcsolataival** | 368 | 4,20 | 0,90 | 890 | 4,14 | 0,90 | 1,02 | 0,314 |
| **Elégedettség:* párkapcsolatával** | 350 | 4,03 | 1,22 | 877 | 4,02 | 1,18 | 0,02 | 0,899 |
| **Elégedettség:* egyéb társas kapcsolataival** | 366 | 3,91 | 0,88 | 888 | 3,96 | 0,89 | 0,82 | 0,367 |
| **Elégedettség:* egészségi állapotával** | 368 | 3,93 | 1,00 | 888 | 4,06 | 0,89 | 4,97 | 0,026 |
| **WHO általános Jól-lét skála** | 365 | 8,86 | 3,21 | 882 | 9,30 | 2,99 | 5,21 | 0,023 |

N = elemszám; p = szignifikancia;

*A különböző életdimenziókkal való elégedettség mérése 5 fokozatú skálán történt, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem elégedett", az 5-ös pedig azt, hogy „teljes mértékben elégedett"

[6] Az anómia mértékét (Srole és Seeman anómia), illetve az elidegenedés definíciójának egyes elemeit ötvöző (Robinson–Shaver–Wrightsman, 1991) a normaszegés, a hatalomnélküliség, az orientációhiány és az elidegenedés dimenziói mentén 4 fokú skálán (1: egyáltalán nem ért egyet; 4: teljesen egyetért) mérő, 10 itemet tartalmazó szubjektív indikátor (Andorka, 1994). Az alkalmazott mutató nagyobb értéke az anómikus érzületek fokozott jelenlétét jelzi.

[7] A többdimenziós hátrányos helyzet (Townsend, 1979) komplex jelzőszáma. Az általunk alkalmazott index 16 életkörülmény-komponensen alapul, az értéke az anyagi okokból hiányzó életkörülmény-komponensek számát fejezi ki.

A 11.2.3. és a 11.2.4. táblázatban szereplő, a leíró-statisztikai elemzések során használt változók teljes körén bináris logisztikus regressziós elemzéssel megvizsgáltuk, hogy a többi változó kontroll alatt tartása mellett mely társadalmi-demográfiai jellemzők gyakorolnak szignifikáns hatást az elmúlt évi alkoholfogyasztás előfordulására. Forward Stepwise (LR) módszerrel három lépésben szignifikáns ($p<0{,}001$), de a besorolás pontosságát a véletlenhez képest érdemben nem javító modellt sikerült létrehozni (11.2.6. táblázat).

**11.2.6. táblázat. Az előző évben alkoholt fogyasztók becslésére a különböző szociodemográfiai változókból épített bináris logisztikus regressziós modell paramétertáblája**

| Modellben maradt változók | B | Standard hiba (S.E.) | Wald-statisztika | Szabadságfok (df) | Szignifikancia | Esélyhányados Exp(B) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nem | –1,097 | 0,228 | 23,201 | 1 | 0,000 | 0,334 |
| Háztartás nettó havi jövedelme | | | 16,143 | 5 | 0,006 | |
| ≤125 ezer Ft | –2,228 | 0,679 | 10,761 | 1 | 0,001 | 0,108 |
| 126–180 ezer Ft | –1,385 | 0,531 | 6,815 | 1 | 0,009 | 0,250 |
| 181–255 ezer Ft | –1,357 | 0,434 | 9,791 | 1 | 0,002 | 0,257 |
| 256–380 ezer Ft | –1,085 | 0,417 | 6,770 | 1 | 0,009 | 0,338 |
| 381–400 ezer Ft | –1,500 | 0,447 | 11,243 | 1 | 0,001 | 0,223 |
| >400 ezer Ft | ref | | | | | |
| Családi devianciák száma | 0,254 | 0,091 | 7,689 | 1 | 0,006 | 1,289 |
| Konstans | 3,465 | 0,543 | 40,649 | 1 | 0,000 | 31,980 |

A modell jelentősége a becslés szempontjából elhanyagolható, viszont a változók közötti kapcsolódások letisztázásában segítségünkre lehet. A modell alapján a mindössze 3 változó, a nem, a gazdasági státus és a családi minták kapnak szignifikáns szerepet az előző évi alkoholfogyasztás becslésében. A nőknek egyharmadakkora esélye van a közelmúltbeli alkoholfogyasztásra, mint a férfiaknak (Exp(B)=0,334). A nemi mintázathoz képest még erősebb a háztartás anyagi helyzetének szerepe: a legmagasabb jövedelmi kategóriába tartozókhoz képest minden más jövedelmi kategória alkoholfogyasztási esélye jóval alacsonyabb (az Exp(B) értéke 0,108 és 0,338 között van). Ugyanakkor a devianciák számának növekedésével közel harminc százalékkal növekszik az alkoholfogyasztás kockázata (Exp(B)=1,289).

### *11.2.6.2. A problémás alkoholfogyasztás társadalmi-demográfiai mintázódása*

Az előző évi alkoholfogyasztókon belül a problémás fogyasztók mintázódását leíró statisztikai eszközökkel vizsgálva, a nemi különbségek mellett a képzettségi és anyagi státus, a vallási integráció, a családi deviáns minták, az anómia, a különböző életdimenziókkal való elégedettség és a jól-lét tekintetében mutatkoztak szignifikáns mintázódások. Ugyanakkor az életkor, a munkaerőpiaci státus, a családi integritás, az intergenerációs képzettségi mobilitás tekintetében nem tapasztaltunk szignifikáns különbségeket a problémás és nem problémás fogyasztók között.

A szignifikáns mintázódások általában leképezik a teoretikus modellek alapján várt irányú összefüggéseket. A képzettségi és anyagi státus mentén az alacsonyabb pozíciót elfoglaló fogyasztók körében, a vallási integráció esetében a kisebb integráltságra utaló (ateista, illetve bizonytalan) kategóriákban nagyobb arányú a problémás fogyasztás előfordulása. A problémás fogyasztók körében gyakoribb a deviáns családi minták előfordulása, hangsúlyosabban jelen vannak az anómikus érzületek, s általában az életük minden területével szignifikánsan kevésbé elégedettek, s alacsonyabb körükben a WHO Jól-lét skála összpontszáma is (11.2.6. és 11.2.7. táblázat).

**11.2.7. táblázat. A problémás alkoholfogyasztás előfordulása a különböző szociodemográfiai jellemzők mentén a 18–64 éves, az elmúlt évben alkoholt fogyasztó népességben az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján (a válaszolók %-ában)**

| | N | LYP (%) | $\chi^2$ (df) | p |
|---|---|---|---|---|
| **Nem** | | | | |
| **Férfi** | 520 | 14,0 | 40,59(1) | <0,001 |
| **Nő** | 382 | 1,8 | | |
| **Korcsoport** | | | | |
| **18–24** | 106 | 6,6 | 3,74(4) | 0,443 |
| **25–34** | 188 | 6,9 | | |
| **35–44** | 247 | 9,3 | | |
| **45–54** | 205 | 11,7 | | |
| **55–64** | 157 | 8,3 | | |
| **Településméret** | | | | |
| **<1000** | 67 | 6,0 | 7,09(6) | 0,312 |
| **1000–4999** | 213 | 8,5 | | |
| **5000–9999** | 70 | 7,1 | | |
| **10 000 – 49 999** | 240 | 7,5 | | |
| **50 000 – 149 999** | 131 | 14,5 | | |
| **>150 000** | 59 | 6,8 | | |
| **Bp.** | 123 | 8,9 | | |
| **Várható legmagasabb iskolai végzettség** | | | | |
| **8 általános vagy kevesebb** | 83 | 18,1 | 23,46(3) | <0,001 |
| **szakmunkás** | 318 | 12,6 | | |
| **érettségi** | 312 | 5,1 | | |
| **felsőfok/egyetem utáni képzés** | 9 | 4,8 | | |
| **Szakképzettség** | | | | |
| **nincs** | 127 | 11,8 | 1,95(1) | 0,113 |
| **van** | 733 | 8,0 | | |

| | N | LYP (%) | $\chi^2$ (df) | p |
|---|---|---|---|---|
| **Intergenerációs végzettségi mobilitás** | | | | |
| **felfelé mobil** | 475 | 7,4 | 4,15(2) | 0,126 |
| **nem mobil** | 380 | 10,5 | | |
| **lefelé mobil** | 33 | 15,2 | | |
| **Munkaerőpiaci aktivitás** | | | | |
| **nincs keresőtevékenysége** | 182 | 8,8 | 0,001(1) | <0,535 |
| **van keresőtevékenysége** | 712 | 8,7 | | |
| **Háztartás nettó havi jövedelme** | | | | |
| **≤125 ezer Ft** | 16 | 18,8 | 7,24(5) | 0,203 |
| **126–180 ezer Ft** | 67 | 16,4 | | |
| **181–255 ezer Ft** | 125 | 8,8 | | |
| **256–380 ezer Ft** | 163 | 6,7 | | |
| **381–400 ezer Ft** | 83 | 8,4 | | |
| **>400 ezer Ft** | 97 | 8,2 | | |
| **A háztartás szubjektív anyagi helyzete** | | | | |
| **kényelmesen megélnek** | 78 | 7,7 | 10,15(3) | 0,017 |
| **kijönnek a jövedelmükből** | 576 | 7,3 | | |
| **nehezen élnek** | 191 | 11,5 | | |
| **nagyon nehezen élnek** | 39 | 20,5 | | |
| **A háztartás relatív anyagi helyzete a kérdezett percepciója alapján** | | | | |
| **magasan a legjobbak között van** | 9 | 11,1 | 28,06 (4) | p<0,001 |
| **jobb az átlagnál** | 181 | 8,8 | | |
| **átlagos** | 552 | 6,7 | | |
| **rosszabb az átlagnál** | 143 | 13,3 | | |
| **legrosszabbak között van** | 10 | 50,0 | | |

| | N | LYP (%) | $\chi^2$ (df) | p |
|---|---|---|---|---|
| **Vallásosság** | | | | |
| **vallásos, az egyház tanításait követi** | 63 | 4,8 | 28,06 (4) | p<0,001 |
| **vallásos a maga módján** | 358 | 5,6 | | |
| **nem tudja, hogy vallásos-e** | 66 | 16,7 | | |
| **nem vallásos** | 356 | 9,8 | | |
| **ateista** | 40 | 27,5 | | |
| **Partnerkapcsolat** | | | | |
| **egyedül él** | 173 | 8,1 | 0,01(1) | 0,536 |
| **kapcsolatban él** | 602 | 8,3 | | |

Megjegyzés: N = elemszám; LYP = éves prevalencia-érték; df = szabadságfok; p = szignifikancia
A szignifikáns (p<0,05) összefüggéseket a táblázatban szürke mezővel kiemeltük

**11.2.8. táblázat. Különböző szociodemográfiai változók átlagértéke a problémás és nem problémás alkoholfogyasztók körében a 18–64 éves, az elmúlt évben alkoholt fogyasztó népességben az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján**

| Változó | nem problémás fogyasztó | | | problémás fogyasztó | | | F érték | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | Átlag | Szórás | N | Átlag | Szórás | | |
| **Életkor** | 823 | 40,91 | 12,73 | 80 | 42,82 | 12,25 | 1,65 | 0,199 |
| **Háztartásméret** | 821 | 3,00 | 1,22 | 79 | 3,03 | 1,51 | 0,06 | 0,815 |
| **Családi devianciák száma** | 784 | 1,66 | 1,45 | 76 | 2,94 | 2,08 | 49,12 | <0,001 |
| **Anómia-összpontszám** | 754 | 17,67 | 6,23 | 71 | 21,91 | 6,70 | 29,72 | <0,001 |
| **Deprivációs index** | 823 | 2,84 | 3,53 | 80 | 4,18 | 4,70 | 9,81 | 0,002 |
| **Munkavégzéssel töltött órák száma/hét** | 809 | 32,79 | 17,17 | 74 | 34,40 | 19,63 | 0,57 | 0,452 |
| **Elégedettség:* a munkájával** | 775 | 3,71 | 1,07 | 75 | 3,38 | 1,22 | 6,26 | 0,013 |
| **Elégedettség:* anyagi körülményeivel** | 808 | 3,38 | 1,02 | 78 | 2,91 | 1,07 | 14,59 | <0,001 |
| **Elégedettség:* családi kapcsolataival** | 809 | 4,19 | 0,86 | 78 | 3,64 | 1,22 | 27,16 | <0,001 |
| **Elégedettség:* párkapcsolatával** | 796 | 4,07 | 1,14 | 78 | 3,52 | 1,41 | 15,59 | <0,001 |
| **Elégedettség:* egyéb társas kapcsolataival** | 807 | 3,99 | 0,86 | 78 | 3,65 | 1,15 | 10,58 | 0,001 |
| **Elégedettség:* egészségi állapotával** | 808 | 4,09 | 0,87 | 78 | 3,80 | 1,12 | 7,14 | 0,008 |
| **WHO általános Jól-lét skála** | 802 | 9,44 | 2,97 | 78 | 7,82 | 2,89 | 21,21 | <0,001 |

N = elemszám; p = szignifikancia;

*A különböző életdimenziókkal való elégedettség mérése 5 fokozatú skálán történt, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem elégedett", az 5-ös pedig azt, hogy „teljes mértékben elégedett"

A fenti két táblázatban szereplő, a leíró-statisztikai elemzések során használt változók teljes körén bináris logisztikus regressziós elemzéssel megvizsgáltuk, hogy a többi változó kontroll alatt tartása mellett mely társadalmi-demográfiai jellemzők gyakorolnak szignifikáns hatást az elmúlt 12 hónapban alkoholt fogyasztók körében a kockázatos vagy problémás alkoholfogyasztás előfordulására. Forward Stepwise (LR) módszerrel ezúttal is három lépésben sikerült szignifikáns (p<0,001), de a besorolás pontosságát a véletlenhez képest érdemben ez esetben nem javító modellt létrehozni (11.2.8. táblázat). A modell tehát – az elmúlt évi fogyasztás becslésére létrehozott modellhez

hasonlóan – csak a változók közötti kapcsolódások letisztázásában segít eligazodni. A modellben maradt három szignifikáns változó a nem, a családi minták és az anómia-összpontszám. Az elmúlt évben alkoholt fogyasztó nőknek egynegyedakkora esélye van a problémás alkoholfogyasztásra, mint az elmúlt évben alkoholt fogyasztó férfiaknak (Exp(B)=0,251). A devianciák számának növekedésével egyharmaddal (Exp(B)=1,333), az anómikus érzületek fokozódásával pedig 13%-kal növekszik az elmúlt évben alkoholt fogyasztók körében a problémás fogyasztás kockázata.

**11.2.9. táblázat. Az előző évben alkoholt fogyasztókon belül a kockázatos vagy problémás alkoholfogyasztás becslésére a különböző szociodemográfiai változókból épített bináris logisztikus regressziós modell paramétertáblája**

| Modellben maradt változók | B | Standard hiba (S.E.) | Wald-statisztika | Szabadságfok (df) | Szignifikancia | Esélyhányados Exp(B) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nem | –1,383 | 0,557 | 6,163 | 1 | 0,013 | 0,251 |
| Családi devianciák száma | 0,287 | 0,111 | 6,719 | 1 | 0,010 | 1,333 |
| Anómia-összpontszám | 0,121 | 0,032 | 14,269 | 1 | 0,000 | 1,129 |
| Konstans | –3,748 | 1,071 | 12,250 | 1 | 0,000 | 0,024 |

### 11.2.7. Az alkoholfogyasztás főbb mutatóinak változása

A fentiekben bemutatott kutatási eredmények egy közel 2001 óta zajló, különböző addiktológiai problémák (köztük az alkoholfogyasztás) vizsgálatára irányuló, módszerei és tematikája tekintetében egyaránt a folytonosságra törekvő célzott epidemiológiai vizsgálatsorozat részét képezik. A kutatássorozat keretében eddig öt adatfelvétel készült,[8] melyek alapján immáron közel 20 éves időszak változásait tudjuk felvázolni. Az öt vizsgálat összehasonlítható populációját a 19–53 éves népesség jelenti, így a hosszú távú tendenciákat ebben az életkori csoportban tudjuk vizsgálni.

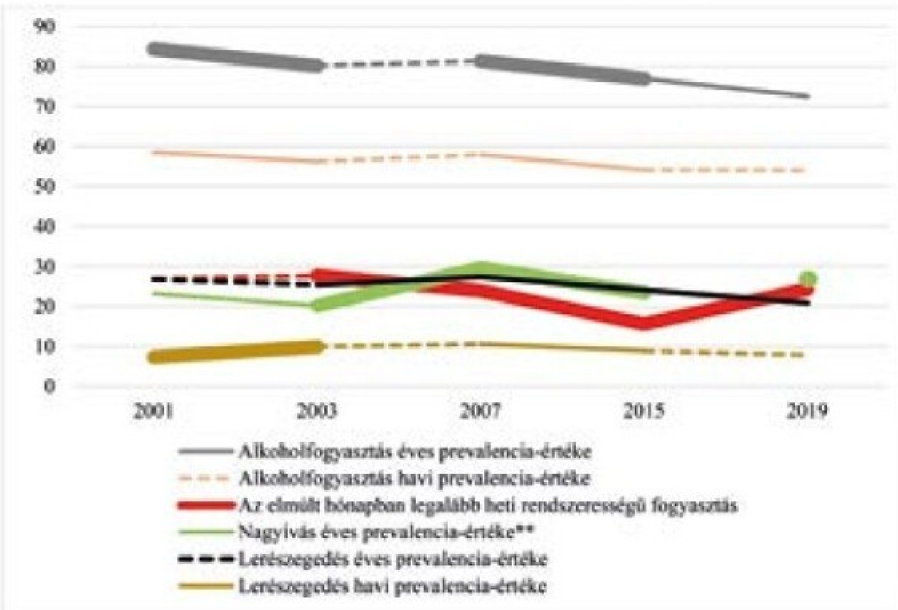
A kutatásokkal lefedett 2001 és 2019 közötti időszakban a felnőtt népesség alkoholfogyasztási szokásait az egyes vizsgálati években kapott eredmények

[8] A korábbi vizsgálatok a következők: ADE 2001: Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2001 (Paksi, 2003); ADE 2003: Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat 2003 (Elekes–Paksi, 2004); OLAAP 2007: Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról 2007 (Paksi és mtsai, 2009); OLAAP 2015: Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról 2015 (Paksi és mtsai, 2017).

alapján nyomon követve, nehéz egyértelmű tendenciákat megfogalmazni. Az alkoholfogyasztás különböző mutatói mentén – az egyes mérések konfidencia-intervallumát figyelembe véve – sokszor eltérő irányú változások mutatkoztak (a változásokat az 11.2.7. ábra grafikusan szemlélteti, a részletező adatok és a hibahatárok pedig megtalálhatók a 11.2.10. táblázatban):

- 2001 és 2003 között a magyarországi 18–53 éves felnőtt népességben az alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke 95%-os megbízhatósággal, a fogyasztás havi és a nagyivás éves prevalenciája pedig tendenciájában csökkent, az előző havi lerészegedés előfordulása azonban hibahatáron túl növekedett.
- A 2003 és 2007 közötti időszakban a heti rendszerességű fogyasztás és a nagyivás 95%-os megbízhatósággal ellentétes irányban változtak: a heti rendszerességű alkoholfogyasztás csökkent, a nagyivás éves prevalenciája azonban növekedett. A lerészegedés éves prevalencia-értéke tendenciajelleggel szintén emelkedett.
- A 2007 és 2015 közötti időszakban az adatok a korábbiakhoz képest egyértelműen egységesebb tendenciát jeleztek, valamilyen szinten minden mutató kedvező irányban mozdult el: 95%-os megbízhatósággal csökkent az alkoholfogyasztás és a nagyivás éves prevalencia-értéke, valamint a legalább heti rendszerességű fogyasztás, a többi mutató pedig tendenciájában javult.
- Az utóbbi négy évben azonban ismét eltérő irányú változásokat tapasztaltunk az alkoholfogyasztás különböző mutatói esetében: míg a legalább heti rendszerességű fogyasztás esetében 95%-os megbízhatósággal növekedést jeleznek az adatok, addig az alkoholfogyasztás és a lerészegedés éves prevalencia-értékei csökkentek, a havi prevalenciák pedig nem változtak.

**11.2.7. ábra. Az alkoholfogyasztás főbb mutatóinak változása az egyes vizsgálati években a 2001 és 2019 közötti időszakban (a 18–53 éves népességben)**




Korábbi adatok forrásai: Paksi, 2003; Elekes–Paksi, 2004; Elekes, 2007; Paksi és mtsai 2009, 2017
Folyamatos vastag vonal: 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás
Folyamatos vékony vonal: 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás
Szaggatott vonal: nem történt hibahatáron túli elmozdulás
Pontozott vonal: a korábbi évekkel nem összehasonlítható adat
A nagyivásra vonatkozó 2019-es adat nem összehasonlítható a korábbi évek adataival

**11.2.10. táblázat. Az alkoholfogyasztás főbb mutatói a 2001 és 2019 között készült vizsgálatok[+] alapján, az egyes vizsgálati évek közötti változások jelzésével (a 18–53 éves népességben)**

| Főbb mutatók | 2001 | | 2003 | | 2007 | | 2015 | | 2019 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | % | CI | % | CI | % | CI | % | CI | % | CI |
| Alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke | 84,3 | ±1,7 | 80,1 | ±1,6 | 81,3 | ±1,7 | 76,9 | ±2,5 | 72,5 | ±2,8 |
| Alkoholfogyasztás havi prevalencia-értéke | 58,5 | ±2,3 | 56,2 | ±2,0 | 57,9 | ±2,1 | 54,1 | ±3,0 | 54,0 | ±3,0 |
| Az elmúlt hónapban legalább heti rendszerességű fogyasztás | 26,9 | ±2,1 | 28,1 | ±1,8 | 23,9 | ±1,8 | 15,6 | ±2,2 | 24,3 | ±2,6 |
| Nagyivás éves prevalencia-értéke | 23,2 | ±2,2 | 20,2 | ±1,8 | 29,6 | ±2,0 | 23,4 | ±2,5 | 27,0* | ±2,8 |
| Lerészegedés éves prevalencia-értéke | 26,8 | ±2,2 | 25,4 | ±1,8 | 27,4 | ±2,0 | 24,1 | ±2,6 | 20,9 | ±2,6 |
| Lerészegedés havi prevalencia-értéke | 7,3 | ±1,3 | 9,9 | ±1,3 | 10,6 | ±1,4 | 8,9 | ±1,7 | 7,8 | ±1,7 |

[+]Korábbi adatok forrásai: Paksi, 2003, Elekes és Paksi, 2004; Elekes, 2007; Paksi és mtsai 2009, 2017
CI=95%-os megbízhatósági szinthez tartozó hibahatár
*2019-ben a nagyivás 5 vagy több ital, míg a korábbi években 6 vagy több ital elfogyasztását mutatja, így a 2019-es adat nem összehasonlítható a korábbi évek adataival
Az előző időszakhoz képest 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás
Az előző időszakhoz képest 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás

Amennyiben nem az egyes vizsgálati évek közötti változásokat vizsgáljuk, hanem összességében az elmúlt közel 20 évben zajló tendenciákat, akkor azt mondhatjuk, hogy a 18–53 éves népességben a legtöbb mutató kedvező irányban mozdult el. 2001 és 2019 között 95%-os megbízhatósággal csökkent az alkoholfogyasztás és a lerészegedés éves prevalencia-értéke, azaz 2019-ben kevesebben ittak, s kevesebben rúgtak be a közelmúltban, mint 18 évvel korábban. Kétharmados biztonsággal csökkenést tapasztaltunk az aktuális ivás, valamint a heti rendszerességű alkoholfogyasztás vonatkozásában is. A teljes periódust vizsgálva egyedül az elmúlt hónapban lerészegedők aránya nem változott, s az alkoholfogyasztás egyik mutatója sem emelkedett (9. táblázat). A 18-53 éves korosztály tekintetében leírtak a 18-64 éves populáció esetében is megmutatkoznak (10. táblázat).

**11.2.11. táblázat. Az alkoholfogyasztás főbb mutatóinak változása a 2001 és 2019 közötti időszakban (a 18–64 éves népességben)**

| Főbb mutatók | 2001 | | | 2019 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | CI | N | % | CI |
| Alkoholfogyasztás éves prevalencia-értéke | 2261 | 82,2 | ±1,6 | 1286 | 70,4 | ±2,5 |
| Alkoholfogyasztás havi prevalencia-értéke | 2288 | 56,3 | ±2,0 | 1328 | 52,0 | ±2,7 |
| Az elmúlt hónapban legalább heti rendszerességű fogyasztás | 2286 | 27,6 | ±1,8 | 1328 | 24,1 | ±2,3 |
| Lerészegedés éves prevalencia-értéke | 1978 | 23,9 | ±1,9 | 1243 | 19,5 | ±2,2 |
| Lerészegedés havi prevalencia-értéke | 1961 | 6,6 | ±1,1 | 1240 | 7,4 | ±1,5 |

Megjegyzés: N = válaszolók száma; CI = 95%-os megbízhatósági szinten számított konfidencia-intervallum

2001-hez képest 68%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás

2001-hez képest 95%-os megbízhatósági szinten hibahatáron túli változás

## HIVATKOZÁSOK


Allen, J. P. – Litten, R. Z. – Fertig, J. B. – Babor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21: 613–619.

Andorka R. (1994). Deviáns viselkedések Magyarországon – általános értelmezési keret az elidegenedés és az anómia fogalmak segítségével. In Münnich I. – Moksony F. (szerk.): *Devianciák Magyarországon*. Budapest, Közélet Kiadó. 32–77.

Elekes Zs. – Paksi B. (2004). *A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási Beszámoló, NKFP. https://viselkedeskutato.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=57&lang=hu (letöltve: 2020.10.10.).

Elekes Zs. (2007). *Alkohol és társadalom*. Országos Addiktológiai Intézet, Budapest.

Gerevich J. – Bácskai E. – Rózsa S. (2006). A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*, 21: 45–56.

Paksi B. (2003). *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Budapest, L'Harmattan.

Paksi B. – Rózsa S. – Kun B. – Arnold P. – Demetrovics Zs. (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10, 4, 273–300.

Paksi B. – Demetrovics Zs. – Magi A. – Felvinczi K. (2017). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, XIX. 2.

Paksi B. – Pillok P. – Magi A. – Demetrovics Zs. – Felvinczi K. (2020). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2019 reprezentatív lakossági felmérés módszertana. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* (megjelenés alatt).

Patrick, M. E. – Azar, B. (2018). High-Intensity Drinking. *Alcohol research: current reviews*, 39 (1), 49–55.

Róbert P. (1990). Társadalmi mobilitás. In: Andorka R. – Kolosi T. – Vukovich Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport*. TÁRKI, Budapest, 356–372.

Robinson P. J. – Shaver R. P. – Wrightsman S. L. (1991). *Measures of Personality and Social Attitudes*. San Diego, Academic Press.

Saunders, J. B. – Aasland, O. G. – Babor, T. F. – De La Funete, J. R. – Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88: 791–804.

Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom: a survey of household resources and standards of living.* Harmondsworth, Penguin Books.

## 11.3. EURÓPAI ISKOLAVIZSGÁLAT A FIATALOK ALKOHOL- ÉS EGYÉB DROGFOGYASZTÁSI SZOKÁSAIRÓL – ESPAD

(Elekes Zsuzsanna)

### 11.3.1. A kutatás módszertana

*11.3.1.1. Általános módszertani megfontolások*

Az ESPAD (European School Survey on Alcohol and other Drugs) program 1994-ben indult azzal a céllal, hogy négyévente ismétlődően *időben* és *nemzetközileg* összehasonlítható adatokat gyűjtsön a fiatalok dohányzásáról, alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól. A program legfontosabb hosszú távú célja *a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások mérése, az országonként eltérő trendek* összehasonlítása. Az első adatfelvételre 1995-ben került sor 26 európai ország részvételével. Ezt követően 1999-ben, 2003-ban, 2007-ben, 2011-ben és 2015-ben készült adatfelvétel. 2019-ben az ESPAD-kutatások hetedik hullámára került sor. A részt vevő országok száma 30–35 között változott a különböző adatfelvételek során. A nemzetközi eredmények önálló kötetekben jelentek meg (Hibell és mtsai, 1997; 2000; 2004; 2009; 2012; The ESPAD Group, 2016, 2020), valamint letölthetők az ESPAD honlapjáról (www.espad.org.). A magyar eredményekből számos hazai publikáció készült, többek között: Elekes–Paksi, 1996, 2000, 2003; Elekes, 1997, 1999, 2000, 2004a, 2004b, 2005a, 2005b, 2007, 2009, 2014, 2016; Elekes–Arnold–Bencsik (szerk.), 2020.

Az ESPASD céljából adódóan a kutatás módszertanában kitüntetett figyelmet kap az időben és térben való összehasonlíthatóság.

Az ESPAD-adatfelvételek célcsoportja *az adatfelvétel* évében *16.* évüket *betöltő, iskolában tanuló fiatalok*. A korcsoport kiválasztásában meghatározó szempont volt, hogy erre a korra a fiatalok már nagy valószínűséggel kapcsolatba kerültek a vizsgálandó szerek egy részével, és ez az a korcsoport, amely még a legtöbb európai országban elérhető az iskolarendszerben. Mivel az adatfelvételek önkitöltős osztályos lekérdezéssel készülnek, mindig azok az évfolyamok kerülnek be a mintába, ahol a legnagyobb arányban találhatók 16 éves diákok. Ez Magyarországon általában a 9–10. évfolyamos diákokat jelentette. Az osztályos lekérdezésnek köszönhetően, bár a nemzetközi összehasonlításban elvárt mintanagyság a 16 évesekre vonatkozóan 2400 fő, ahhoz, hogy ezt a mintanagyságot biztosítani tudjuk, a különböző hullámokban változó számban, de átlagosan 6–8000 9–10. évfolyamon tanuló diákot kérdeztünk meg. Így az egyes

adatfelvételek éveiben Magyarországra vonatkozó elemzések a 9–10. évfolyamosok nagyobb elemszámú mintájára, a nemzetközi összehasonlításokban és a trendelemzésekben az adatok a kisebb elemszámú 16 éves korosztályra vonatkoznak. Az adatfelvételek Magyarországon mindig országos, iskolatípusok, évfolyamok és statisztikai régiók szerint rétegzett reprezentatív mintán készültek.

Az utolsó, 2019. évi adatfelvétel mintája *a 2003-ban született, nappali tagozatos normál iskolai képzésben részt vevő fiatalokra* terjedt ki. A 9–10. évfolyamon tanulók nettó mintája 5766 fő, a 16 évesek nettó mintája 2357 volt, akiket összesen 279 középiskolai osztályban kérdeztünk le.

Az ESPAD-kutatások során alkalmazott kérdőív alapja a nyolcvanas években az Európa Tanács Pompidou Csoportjában kidolgozott és kipróbált kérdőív volt, amelyet az ESPAD-ban akkor részt vevő országok kutatói részletesen megvitattak és átdolgoztak az első adatfelvétel előtt. A kérdőív az évek során sokat bővült, részben az újonnan felmerülő igények, részben pedig a kutatásba újonnan belépő országok érdeklődése szerint. A kérdőív módosításaira, a korábbi adatfelvételekkel való összehasonlíthatóság biztosítása miatt, mindig hosszas egyeztetés után, többször a módosítások hatásainak próbavizsgálatokkal történő ellenőrzése alapján, a részt vevő országok kutatóinak közös döntésével került sor.

Az ESPAD-kutatások kérdőíve kötelező kérdéseket tartalmaz, egy-egy kérdéskör mélyebb vizsgálatára választható modulokat és egyéb választható kérdéseket tartalmaz. Ezek egészülhetnek ki az egyes országok saját kérdéseivel olyan mértékben, hogy az ne haladja meg a kitöltésre szánt egy tanóra keretét. A „hivatalos" ESPAD-kérdőív angolul készül, amit minden ország lefordít a saját nyelvére, majd egy külső, független fordító angolra történő visszafordításával ellenőrzik a fordítás pontosságát.

A 2019. évi központi ESPAD-kérdőív 179 kötelező kérdésből és további 175 választható kérdésből állt. *A magyar kérdőív valamennyi kötelező kérdést tartalmazta*, valamint a közös választható kérdésekből megkérdeztünk néhányat az alkoholfogyasztás körülményeire és az energiaital fogyasztására vonatkozóan. 2019-ben másodszor tartalmazott a kötelező kérdéssor *viselkedési addikciókkal* és új *pszichoaktív szerekkel* kapcsolatos kérdéseket.

### *11.3.1.2. Az ESPAD alkoholra vonatkozó kérdései*

Az ESPAD kutatások során általában az alkoholfogyasztásra kérdeztük az eddigi életre, az előző 12 hónapra és az előző 30 napra vonatkozó gyakoriságot, italfajták szerinti megkülönböztetés nélkül. Az *előző hónapra* vonatko-

zó gyakoriságot *italfajtánként* is kérdeztük sörre, borra és égetett szeszekre. Az ESPAD 1999-től, a magyar adatfelvételekben pedig 2003-tól kérdezzük az *alcopop*[9] előző havi fogyasztásának gyakoriságát is. Az alcopop önálló italfajtaként való megkérdezésére elsősorban a több nyugat-európai országban körülötte kialakult heves alkoholpolitikai viták miatt került sor. Az alcopopot ugyanis a szakemberek jelentős része olyan italfajtának tartja, amely alkalmas arra, hogy a legfiatalabb, egyébként alkoholt még nem fogyasztó, azt még nem „jóízűnek" tartó korosztályokat is bevonja az alkoholfogyasztók táborába. Ezért az alcopopot a fiatalokat az alkoholfogyasztásra *rászoktató* italnak is szokták tekinteni (Mitev, 2003; Room, 2004). A cider fogyasztását számos ország igen régóta kérdezi, azonban, az ital kései elterjedése miatt, Magyarországon először a 2015. évi felvétel kérdezte.

Mennyiségi adatokat az utolsó fogyasztási alkalomra vonatkozóan kérdez a kutatás italfajtánkként. Természetesen az italfajták bővülő köre a mennyiségi adatokra is hatással volt.

2007-től kérdezzük az utolsó fogyasztási alkalom *időpontját* is, elsősorban azért, hogy az összes alkoholfogyasztást pontosabban becsülhessük az utolsó fogyasztás mennyiségéből és időpontjából.

Az alkoholfogyasztás problémásabb módjait a kutatás a nagyivás és a lerészegedés előfordulásával méri.

Az ESPAD kutatások során nagyivásnak kezdetektől fogva az öt *ital elfogyasztását* tekintettük, amikor egy ital 5 dl sört vagy 1,5 dl bort vagy fél dl töményt jelentett, azaz a tisztaszesz-tartalom alapján közelített a 20 milliliter (16 gramm) standard italmennyiséghez. 2003-ig a kérdés az „egymás utáni" (in a row) fogyasztásra vonatkozott. A 2007. évi adatfelvétel során változott a megfogalmazás, és az „egymás után" történő öt ital fogyasztása a fogyasztás időintervallumának bizonytalansága miatt *„egy alkalommal"* (on one occasion) történő fogyasztásra módosult.

A problémás alkoholfogyasztás mérésére használt másik mutató a *lerészegedés* eddigi életre, előző 12 hónapra és előző 30 napra vonatkozó gyakorisága volt. Az ESPAD kutatások kezdetétől fogva problémát jelentett a lerészegedés *(„drunk")* kultúránként eltérő jelentése. Vajon ugyanazt jelenti-e a „lerészegedés" a Feröer-szigeteken, mint Máltán, Romániában vagy Portugáliában? Egyik országban jelentheti az enyhe „becsípettséget", a másikban jelentheti a súlyos ittasságot (Andersson–Hibell, 2007). Ezért a szokásos prevalencia-értékeken kívül 1999-től kezdődően az utolsó lerészegedés mértékét egy 10 fokú

9 Alcopop: előre összeállított alkoholtartalmú üdítőital (pl. smash, baccardi breezer, inside, nite).

skálán is kérdeztük. 2007-ben a kérdés további pontosítására került sor. Míg korábban a kérdés a lerészegedés értelmezését a megkérdezettekre bízta, 2007-től már definiálja, hogy mit értünk lerészegedés alatt („támolyogtál, akadozott a beszéded, hánytál, nem emlékeztél, mi történt veled előzőleg").

Nem rendszeresen és nem mindig kötelező kérdésként vizsgáltuk a fogyasztás problémás jellegét a kérdezett által megtapasztalt problémákon keresztül is. Az alkoholra vonatkozó kérdésblokk, adatfelvételektől változóan, kiterjedt az ivással kapcsolatos attitűdökre és körülményekre is.

### 11.3.2. A 16 évesek alkoholfogyasztása 2019-ben az ESPAD-adatok alapján

#### *11.3.2.1. Gyakoriság és mennyiség*

*2019-ben a kutatás során megkérdezett 9–10. évfolyamos fiatalok túlnyomó többsége (92,0%) fogyasztott már az életében alkoholt. A kérdezést megelőző 12 hónapban alkoholt fogyasztók aránya 85,7%, az előző 30 napban alkoholt fogyasztók aránya pedig 65,5%* (11.3.1. táblázat).

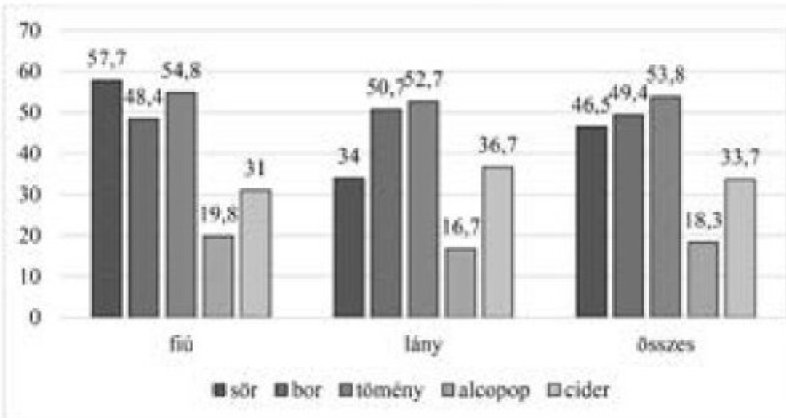
A fiúk és a lányok között szignifikáns ($p<0,005$) az eltérés mindegyik mutató esetében.

**11.3.1. táblázat. A fogyasztás főbb prevalencia-értékei a 9–10. évfolyamos diákok körében, nemenként (%)**

| | fiú | lány | összes |
|---|---|---|---|
| eddigi életben fogyasztók aránya | 92,8 | 92 | 92,0 |
| előző évben fogyasztók aránya | 86,4 | 84,8 | 85,7 |
| előző hónapban fogyasztók aránya | 67,2 | 63,6 | 65,5 |
| előző hónapban hat vagy több alkalommal fogyasztók aránya | 20,3 | 13,2 | 16,9 |
| (N) | 2962 | 2663 | 5625 |

Az előző hónapra vonatkozó gyakorisági adatokat italfajtánkként is kérdeztük. Az előző hónapban legalább egyszer fogyasztott ital fajtája alapján *a fiúk leggyakrabban sört, a lányok pedig tömény italt fogyasztottak.* A bor a lányoknál a második, a fiúknál pedig a harmadik leginkább fogyasztott italfajta. Az alcopop változatlanul a legkevésbé elterjedt italtípus a magyar fiatalok körében (11.3.1 ábra).

**11.3.1. ábra. Havi prevalencia-értékek italfajtánkként és nemenként a 9–10. évfolyamon (%)**



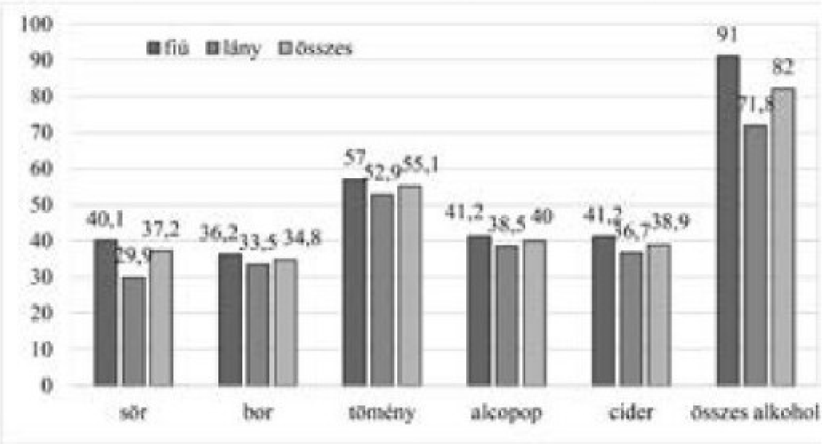

*A nagyobb gyakoriságú, havi hat vagy többszöri fogyasztás már fiúknál és lányoknál is egyaránt tömény ital formájában történik.* Cidert vagy alcopopot csak ritkán fogyasztanak a megkérdezettek nagyobb rendszerességgel.

Az alkoholfogyasztás mennyiségére vonatkozó adatot az utolsó fogyasztási alkalomra vonatkozóan kérdeztünk. *Az utolsó fogyasztási alkalom mennyiségi adatai alapján a fiatalok* átlagosan *egy főre jutóan 73,5 ml tiszta szeszt tartalmazó alkoholmennyiséget fogyasztottak.*[10] A fiúk és a lányok közötti különbség szignifikáns, a fiúk közel 20 ml-rel többet ittak, mint a lányok. Az elfogyasztott alkohol mennyiségét csak a *fogyasztókra* számolva, az előbbinél magasabb értéket, 82 ml-t kapunk. A lányok és a fiúk közötti különbség ebben az esetben is szignifikáns, és a különbség itt is 20 ml (11.3.2. ábra).

Mennyiségben egyértelműen *tömény italból fogyasztottak a legtöbbet a fiatalok*. Bár a különbség szignifikáns, de nem nagy a fiúk és a lányok között. A havi gyakorisági adatok alapján úgy láttuk, hogy a cider és alcopop fogyasztása nem nagy a fiatalok körében, a mennyiségi adatok arra utalnak, hogy azok, akik isznak ezekből az italokból, tömény ital után ebből fogyasztanak a legnagyobb mennyiségben.

[10] A számításnál használt italfajták szerinti alkoholtartalom: sör 4,5%, bor 11,5%, tömény 40%, alcopop 5%, cider 5%.

**11.3.2. ábra. Az utolsó alkalommal elfogyasztott alkohol átlagos mennyisége italfajtánkként (tiszta szeszben ml/fogyasztó), 9–10. évfolyamosok**

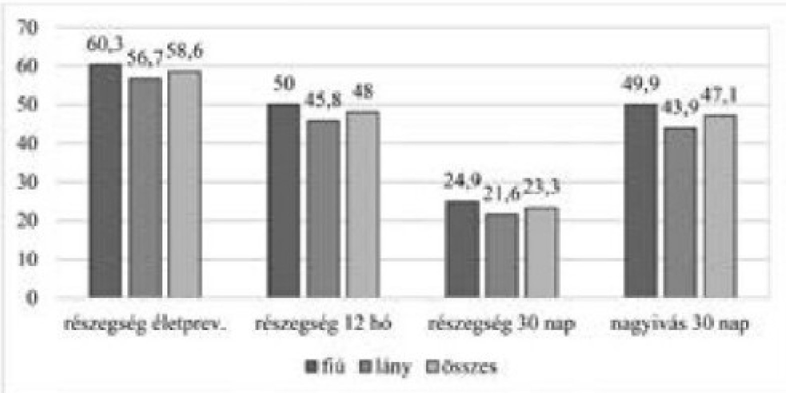



*11.3.2.2. Nagyivás és lerészegedés*

*A fiatalok közel fele számolt be nagyivásról a kérdezést megelőző hónapban.* Három vagy többszöri nagyivás (vagyis közel heti rendszerességű nagyivás) 15,7%-ban fordult elő. A fiúk és a lányok közötti különbségek szignifikánsak (11.3.3. ábra).

*Az eddigi* életben *történt lerészegedésről a fiatalok több mint fele számolt be, a kérdezést megelőző 12 hónapban a megkérdezettek szintén közel fele volt legalább egyszer részeg,* és *közel egynegyedük a megelőző 30 napban is lerészegedett legalább egyszer.* A fiúk és lányok közötti különbségek minden mutatónál szignifikánsak: *a szélsőségesebb formájú alkoholfogyasztás egyértelműen a fiúknál gyakoribb.*

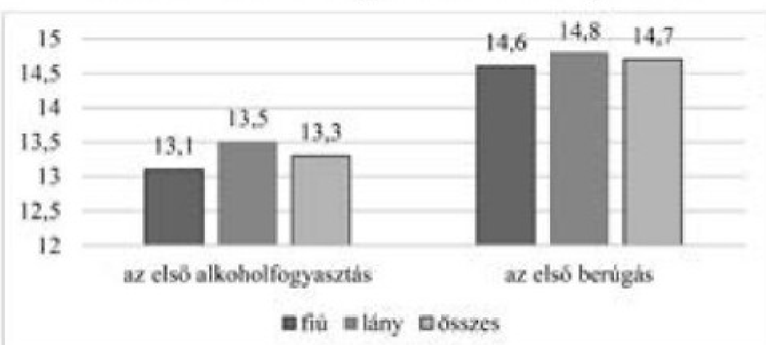
**11.3.3. ábra. A lerészegedés és a nagyivás prevalencia-értékei a 9–10. évfolyamosok körében nemenként (%)**




*11.3.2.3. Az alkoholfogyasztás egyéb jellemzői*

*Az első alkoholfogyasztás átlagosan nem sokkal 13 éves kor után történik.* Az alkoholt már fogyasztottak egytizede (11,2%) 10 évesen vagy korábban próbálta ki először azt. Lányoknál az első alkoholfogyasztás valamivel később történik, mint a fiúknál, és a nagyon korai fogyasztás is ritkább a lányoknál (a fiúk 13,8%-a, a lányok 8,2%-a ivott már 10 évesen vagy korábban). Az első lerészegedés átlagosan alig több mint egy évvel később következik be, mint az első alkoholfogyasztás. Lányok és fiúk között ebben az esetben is szignifikáns, de kicsi a különbség. Nagyon korai (9–10 éves korban történt) berúgás alig fordul elő, és ritka a 14 éves kor előtti lerészegedés is (11.3.4. ábra).

**11.3.4. ábra. Az első alkoholfogyasztás és az első berúgás életkora**



A különböző italfajták beszerzését *a megkérdezett diákok jelentős része könnyen vagy nagyon könnyen beszerezhetőnek tartja*. Az alkoholtartalmú italok közül legkevésbé a tömény italok és az alcopop beszerzését tartják könnyűnek. Az alcopop esetében kisebb a vélt beszerezhetőséget könnyűnek tartók aránya, aminek valószínűleg oka a relatív magas ár és a kisebb ismertség[11] is (11.3.5. ábra).

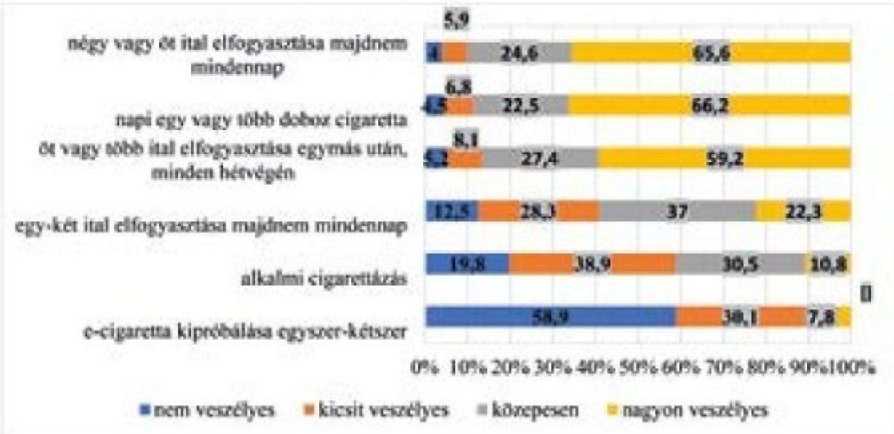
**11.3.5. ábra. A különböző italtípusok beszerzését könnyűnek vagy nagyon könnyűnek tartók aránya (%)**




Az alkoholfogyasztás különböző formái közül a majdnem napi rendszerességű nagyivást tartják legnagyobb arányban veszélyesnek a fiatalok. A hétvégi nagyivást is a megkérdezettek több mint fele nagyon veszélyesnek tartja, és csak 5,2% azok aránya, akik egyáltalán nem tartják veszélyesnek (11.3.6. ábra). A napi rendszerességű mérsékelt alkoholfogyasztást a fiatalok sokkal kisebb arányban tartják veszélyesnek, mint az akár alkalmi, akár pedig rendszeresebb, nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztást.

[11] A kérőívben részletesen elmagyaráztuk, milyen italfajtákra kérdezünk az „alcopop" elnevezés kapcsán.

**11.3.6. ábra. A különböző alkoholfogyasztási és dohányzási formák veszélyességének megítélése a válaszolók százalékában**




*11.3.2.4. Az alkoholfogyasztás főbb jellemzői társadalmi háttér szerint*

Az alkoholfogyasztás társadalmi háttér szerinti különbségeit néhány kiemelt mutató mentén vizsgáltuk: az előző hónapban legalább egyszer alkoholt fogyasztók aránya, az előző hónapban legalább egyszer nagyivók és lerészegedők aránya, valamint az utolsó alkoholfogyasztáskor elfogyasztott alkohol egy főre jutó tiszta szeszben számolt mennyisége alapján (11.3.2. táblázat).

Az iskola típusa szerint szignifikánsan különbözik az alkoholfogyasztás minden mutatója. Míg az előző hónapban alkoholt fogyasztók aránya legnagyobb a gimnáziumban tanulók körében, legkisebb a szakközépiskolások között. A gimnazistákra jellemzőbb a havi néhányszori (1–5-szöri) alkoholfogyasztás, a szakközépiskolások között pedig elterjedtebb a nagyobb gyakoriságú, a havi hat vagy többszöri fogyasztás. A problémásabb alkoholfogyasztást jelző nagyivás és lerészegedés már egyértelműen a szakközépiskolákban a legelterjedtebb. Ugyanígy kiemelkedően magas az elfogyasztott alkohol mennyisége is ebben a csoportban. A gimnazisták körében a problémásabb formájú alkoholfogyasztás ritkábban fordul elő. A szakgimnáziumban tanulók, bár a gimnazistáknál nagyobb arányban számolnak be lerészegedésről és nagyivásról, alkoholfogyasztásuk főbb jellemzői inkább a gimnáziumi tanulókhoz hasonlítanak, mint a szakközépiskolásokéhoz.

Az iskola székhelye és a család lakóhelye csak az előző havi nagyivás előfordulásával mutat kapcsolatot, mégpedig oly módon, hogy a községekben tanulók/élők nagyobb arányban számolnak be előző havi nagyivásról, mint a városban vagy Budapesten élők/tanulók.

A család szerkezete, ahogy eddig mindig, 2019-ben is szignifikáns kapcsolatban van az alkoholfogyasztás főbb mutatóival. Minden mutató a legalacsonyabb értékű azoknál a fiataloknál, ahol a fiatalokat mind a két édesszülő együtt neveli. Az édesszülő hiánya a nevelésben egyértelműen a legveszélyeztetőbb tényezőnek tűnik: a fogyasztás havi prevalencia-értékének kivételével minden alkohol-mutató ebben a csoportban a legmagasabb. A korábbi évekhez képest egyértelműbb a mozaik családban élők nagyobb veszélyeztetettsége. Ebben a családtípusban a legelterjedtebb az előző havi alkoholfogyasztás, a nagyivás és a lerészegedés alig marad el az édesszülő nélkül nevelkedőkétől, és kifejezetten magas az utolsó alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége is. A csonka családban élők, bár minden mutató alapján veszélyeztetettebbek, mint a teljes családban élők, alkoholfogyasztását jellemző mutatók elmaradnak a mozaik családban élőkétől.

Az apa és az anya iskolai végzettsége sem mutat szignifikáns kapcsolatot az előző havi lerészegedés előfordulásával. A magasabb iskolai végzettségű apák gyerekei körében elterjedtebb az előző havi alkoholfogyasztás, viszont ritkább a nagyivás, a lerészegedés, és kisebb az utolsó alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége is. Az anyák esetében hasonló összefüggéseket tapasztalunk: a magasabb iskolai végzettségű anyák gyerekei körében elterjedtebb az előző havi alkoholfogyasztás, viszont az összes többi mutató a kisebb veszélyeztetettséget jelzi. Azok a fiatalok, akik nem tudják szüleik iskolai végzettségét, vagy nincsen anyjuk/apjuk, minden mutató alapján a legveszélyeztetettebbeknek tekinthetőek.

A család vélt anyagi helyzete az előző havi lerészegedéssel és az elfogyasztott alkohol mennyiségével mutat kapcsolatot. Az átlag alatti jövedelmű családok gyermekei körében a legelterjedtebb a lerészegedés, és ők fogyasztják a legnagyobb mennyiséget is, viszont a legkevésbé veszélyeztetettek az átlagos jövedelmű családok gyerekei. Azt átlag feletti jövedelemmel rendelkező családokban a diákok átlag feletti mennyiséget fogyasztanak, és a lerészegedés elterjedtsége is magasabb az átlagnál.

**11.3.2. táblázat. Az alkoholfogyasztás főbb mutatói társadalmi változók szerint**

| | Ivott az előző hónapban (%) | Volt nagyivás az előző hónapban (%) | Volt részeg az előző hónapban (%) | Utolsó fogyasztás átlagos mennyisége (ml/fő) |
|---|---|---|---|---|
| | | **Az iskola típusa**** | | |
| **gimnázium** | 67,4 | 42,4 | 21,4 | 75,3 |
| **szakgimnázium** | 64,2 | 47,2 | 21,2 | 83,0 |
| **szakközépiskola** | 63,5 | 56,1 | 30,0 | 94,5 |
| | | **Az iskola székhelye** | | |
| **Budapest** | 66,4 | 44,5* | 22,4 | 79,2 |
| **vidék** | 65,2 | 47,6* | 23,5 | 82,7 |
| **Lakóhely** | | | | |
| **Budapest** | 65,7 | 44,9* | 23,5 | 81,7 |
| **város** | 66,2 | 45,2* | 22,0 | 79,4 |
| **község** | 64,4 | 48,7* | 23,3 | 83,2 |
| | | **Családszerkezet**** | | |
| **teljes család** | 64,0 | 44,3 | 20,6 | 78,1 |
| **mozaik család** | 70,2 | 51,4 | 28,9 | 90,5 |
| **csonka család** | 67,2 | 50,7 | 25,3 | 81,2 |
| **nincs édesszülő** | 65,5 | 52,5 | 30,1 | 98,2 |
| | | **Apa iskolai végzettsége** | | |
| **kevesebb, mint érettség** | 63,5** | 50,3** | 23,6 | 84,0* |
| **érettségi** | 68,2** | 47,3** | 24,3 | 79,8* |
| **felsőfok** | 69,1** | 43,5** | 21,8 | 78,6* |
| **nem tudja, nincs apja** | 55,7** | 39,8** | 21,4 | 88,5* |
| | | **Anya iskolai végzettsége** | | |
| **kevesebb, mint érettségi** | 60,4** | 49,9** | 23,8 | 85,5* |
| **érettségi** | 67,0** | 48,5** | 24,4 | 80,5* |
| **felsőfok** | 70,2** | 43,5** | 21,2 | 79,0* |
| **nincs anya, nem tudja** | 54,8** | 39,1** | 21,7 | 85,1* |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Szubjektív anyagi helyzet** | | | |
| **legjobb vagy sokkal jobb az átlagnál** | 66,0 | 48,5 | 24,2* | 86,0** |
| **átlagos, vagy valamivel jobb az átlagnál** | 65,3 | 45,9 | 22,3* | 79,3** |
| **átlag alatti** | 65,7 | 50,2 | 28,2* | 86,6** |
| **összesen** | 65,5 | 47,1 | 23,3 | 82,0 |
| **(N)** | (3716) | (2709) | (1317) | (5167) |

*p<0,05, ** p=0,000

### *11.3.2.5. Egyéb, alkoholfogyasztásra ható tényezők*

Vizsgáltuk az elégedettség, az iskolai lógás, a szabadidő, az önbecsülés és a depresszió kapcsolatát[12] is az alkoholfogyasztás főbb mutatóival: az előző havi alkoholfogyasztás, az előző havi nagyivás és az előző évi lerészegedés gyakoriságával (11.3.3 táblázat).

A táblázat a különböző mutatók közötti kapcsolat erősségét kifejező Spearman korrelációs együtthatók értékét tartalmazza.

[12] A mutatók részletes ismertetése megtalálható a 2.3. fejezetben.

**11.3.3. táblázat. Az alkoholfogyasztás főbb mutatói, valamint az egyéb mutatók közötti kapcsolatot kifejező Spearman korrelációs együttható értékei**

| Mutatók | Korrelációs együtthatók értékei | | | |
|---|---|---|---|---|
| | az előző havi alkoholfogyasztás gyakorisága | nagyivás gyakorisága az előző hónapban | lerészegedés gyakorisága az előző évben | utolsó fogyasztás mennyisége |
| az előző hónapban az iskolából hiányzott napok száma lógás miatt | 0,170** | 0,203** | 0,218** | 0,196** |
| elégedetlenség a barátokhoz fűződő viszonnyal | -0,051** | -0,051** | -0,026** | -0,052** |
| elégedetlenség az anyához fűződő viszonnyal | 0,073** | 0,078** | 0,060** | 0,083** |
| elégedetlenség az apához fűződő viszonnyal | 0,078** | 0,085** | 0,078** | 0,068** |
| szülői kontroll hiánya | 0,220** | 0,240** | 0,218** | 0,191** |
| elmenős szabadidős tevékenységek gyakorisága | 0,456** | 0,432** | 0,350** | 0,364** |
| könyv/hobbitevékenységek gyakorisága | -0,137** | -0,206** | -0,161** | 0,200** |
| sport és computerjáték gyakorisága | -0,022 | -0,047** | -0,047 | 0,002 |
| szabadidős internethasználat gyakorisága | -0,016 | 0,006 | -0,011 | -0,001 |
| depresszió mértéke | 0,087** | 0,096** | 0,110** | 0,061 |
| önbecsülés hiánya | 0,033** | 0,041** | 0,046** | 0,024 |
| normátlanság hiánya | -0,186** | -0,210** | -0,181** | -0,218** |
| elidegenedés hiánya | -0,077** | -0,115** | -0,105** | -0,102** |

* p. < 0,05, ** p. < 0,01

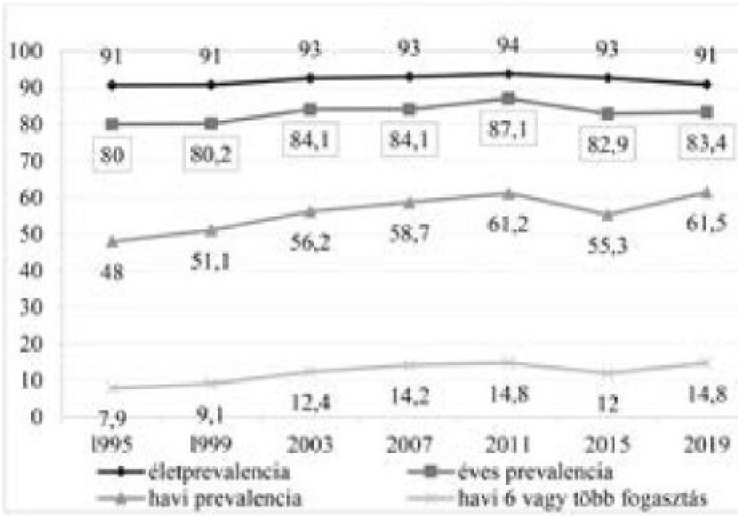
A legtöbb vizsgált mutató szignifikáns kapcsolatban van az alkoholfogyasztás főbb indikátoraival. Kivételt csak a szabadidős internethasználat, valamint a sport és computerjátékok használatának a gyakorisága jelent. A korábbi adatfelvételek eredményeihez hasonlóan 2019-ben is azt tapasztaljuk, hogy a legszorosabb kapcsolat az „elmenős" szabadidős tevékenységek gyakorisága és az alkoholfogyasztás különböző formái között mutatható ki. Azaz akik gyakrabban töltik szabadidejüket valamilyen elmenős tevékenységgel, azok gyakrabban fogyasztanak alkoholt, gyakrabban részegednek le, gyakoribb a nagyivás,

és az egy alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége is nagyobb. Ugyanakkor a gyakoribb otthonlétet feltételező szabadidős tevékenységek – olvasás és hobbi – negatív kapcsolatban vannak az alkoholfogyasztással: minél gyakoribbak az otthonülős tevékenységek, annál ritkább az alkoholfogyasztás. Az elmenős szabadidős tevékenységeken kívül a legerősebb kapcsolatot a szülői kontroll hiánya (tudják-e szüleid, hol töltöd a péntek estét) mutatja az alkoholfogyasztás minden vizsgált mutatójával. Az iskolából lógás miatt hiányzott napok száma, valamint a normakövetést kifejező mutató (normátlanság hiánya) szintén a szorosabb kapcsolatot jelentő változók közé tartoznak. Míg azonban a gyakoribb lógás gyakoribb alkoholfogyasztással és gyakoribb problémás fogyasztással jár együtt, addig a nagyobb mértékű normakövetés mérsékeltebb alkoholfogyasztással jár együtt.

### *11.3.2.6. A fiatalok alkoholfogyasztásában bekövetkezett változások 1995 és 2019 között*

Az alkoholfogyasztás főbb prevalencia-értékei, az élet-, éves és havi prevalencia-érték, valamint a rendszeresebb fogyasztás jelző havi hat vagy többszöri fogyasztás elterjedtsége 2011-ig lassú növekvő tendenciát jelzett. 2015-ben minden mutató csökkent 2011-hez képest. *A 2019. évi adatok a kedvező tendencia megtorpanását jelzik*. Bár a valaha alkoholt fogyasztók aránya 2 százalékponttal tovább csökkent, és nem változott az előző évben fogyasztók aránya sem, a havi és a havi rendszeresebb fogyasztók aránya nőtt 2015-höz képest. Így *az előző havi prevalencia-érték 2019-ben a legmagasabb volt az elmúlt 24* évben, *és a havi 6 vagy többszöri fogyasztás elterjedtsége is csak 2011-ben érte el a 2019-hez hasonlóan magas értéket* (11.3.7. ábra).

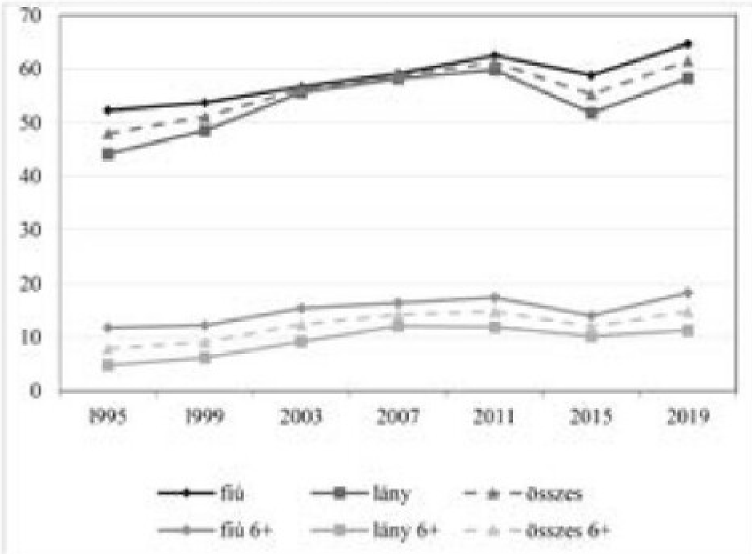
**11.3.7. ábra. Az alkoholfogyasztás főbb prevalencia-értékeinek változása a 16 éveseknél (%)**



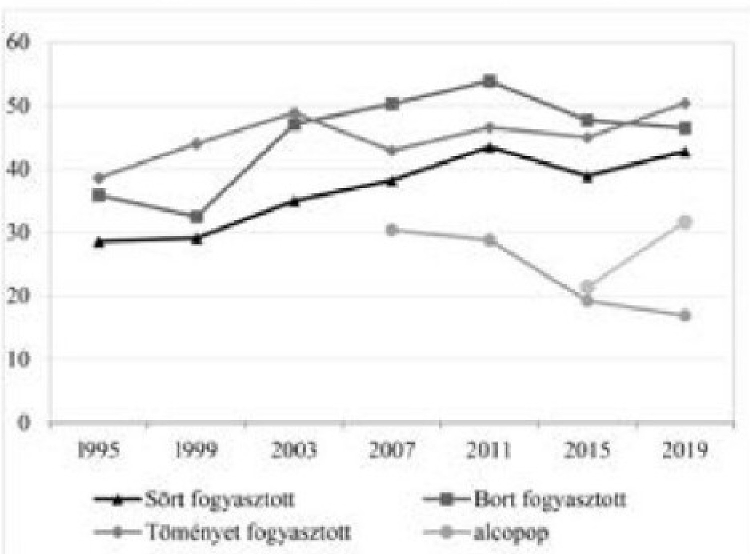

A havi rendszeres, de az annál gyakoribb fogyasztás esetében is a fiúk és a lányok közötti különbség 2007-ig csökkent. 2011 és 2015 között a havi prevalencia-értékek a lányoknál nagyobb mértékben csökkentek, mint a fiúknál, az elmúlt négy év növekedése pedig hasonló mértékű volt mind a két nemnél. A gyakoribb, havi hatszori vagy többszöri fogyasztás 2015 és 2019 között a fiúknál valamelyest nagyobb mértékben nőtt, és így *a két nem közötti különbség a korábbi* évekhez *képest tágult* (11.3.8 *ábra).*

Az italfajták szerinti havi prevalencia-értékek alapján 2005 és 2007 között a bor volt a legelterjedtebben fogyasztott italfajta, *2019-ben azonban, az ESPAD-kutatások kezdeti* éveihez *hasonlóan, ismét a tömény vált a legelterjedtebben fogyasztott itallá*. Ezt a megállapítást erősíti a nagyobb rendszerességgel fogyasztott italok prevalencia-értéke is: *a havi hatszori vagy többszöri fogyasztás legnagyobb arányban tömény ital formájában történt a 16* évesek *körében*. Az előző hónapban fogyasztók aránya alapján sört az egész vizsgált időszakban kisebb arányban fogyasztottak a fiatalok, mint bort vagy tömény italt. A nagyobb gyakoriságú fogyasztás tekintetében a bort és a sört fogyasztók aránya mindig hasonló arányú volt. Az alcopop jellegű italokat fogyasztók aránya határozott csökkenést mutat, ugyanakkor a cider fogyasztása – a havi prevalencia-értékek alapján – egyértelműen terjed a fiatalok körében.

**11.3.8. ábra. Az alkoholfogyasztás havi prevalenciája és a havi 6-szor vagy többször fogyasztók aránya nemenként a 16 éveseknél**



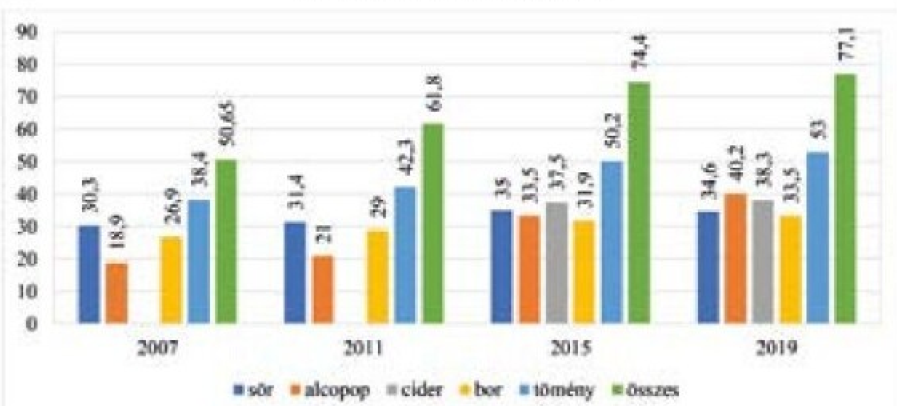

**11.3.9. ábra. Italfajtánkénti havi prevalencia-értékek, 16 évesek, összes diák (%)**



Nemek szerint vizsgálva az előz havi fogyasztás italfajtánkénti előfordulását, a meghatározó különbség abban figyelhető meg, hogy a fiúknál az utóbbi két adatfelvétel idején a sör fogyasztása volt a legelterjedtebb, az elmúlt négy évben pedig a sör és a tömény fogyasztása növekedett jelentősebb mértékben. A lányoknál a havi prevalencia-értékek alapján hosszú időn keresztül a bor volt a legelterjedtebb, viszont 2009-től a bor havi prevalencia-értéke csökkent. *Az elmúlt négy év fogyasztásának a növekedését a lányoknál, a fiúkhoz hasonlóan, a sör és a tömény ital fogyasztásának a terjedése okozta, illetve mindkét nemnél egyaránt nőtt a cidert fogyasztók havi aránya is.*

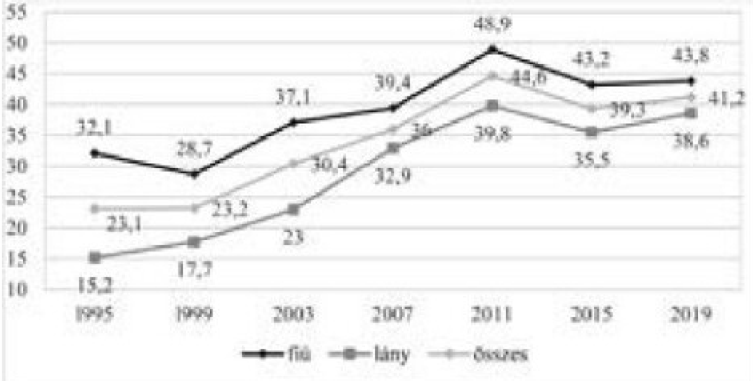
Az utolsó fogyasztási alkalommal elfogyasztott alkohol egy főre jutó mennyisége 2007 és 2015 között több mint kétszeresére nőtt (11.3.10. ábra). *2019-ben tovább nőtt az egy fogyasztóra jutó tiszta szeszre* átszámolt *mennyiség, de a növekedés kisebb mértékű volt.* 2015 és 2019 között egyértelműen nőtt az alcopop és a cider egy főre jutó mennyisége, de nőtt a tömény italok és a bor egy alkalommal elfogyasztott mennyisége is. Egyedül a sörben elfogyasztott alkohol mennyisége nem változott az előző adatfelvétel óta.

**11.3.10. ábra. Az utolsó alkalommal elfogyasztott alkohol egy fogyasztóra jutó mennyisége tiszta szeszben (ml)**



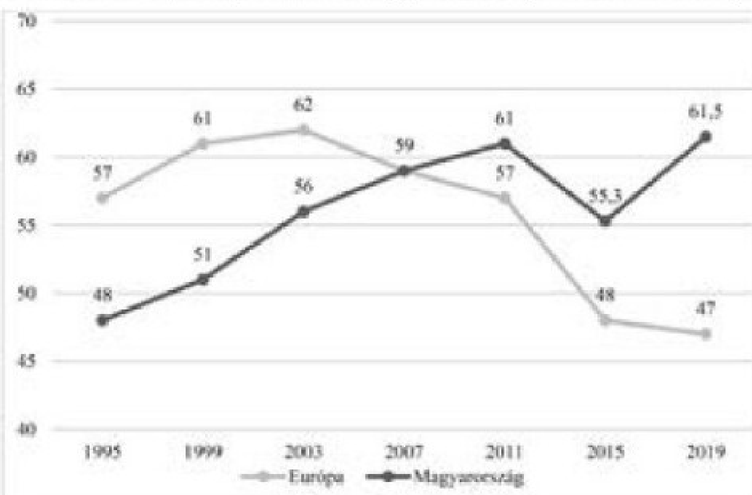

Az alkoholfogyasztás problémásabb jellegére utaló nagyivás előző hónapban történő előfordulása 1995 és 2011 között közel megkétszereződött (11.3.11. ábra). A növekedés különösen nagy mértékű volt a lányoknál. A 2015. évi adatfelvétel mindkét nemnél egyértelmű csökkenést jelzett. *2019-ben, bár csak két százalékponttal, ismét enyhén nőtt az előző hónapban legalább egyszer nagyivók aránya.*

**11.3.11. ábra. A nagyivás havi prevalenciája a 16 éveseknél, 1995–2019**



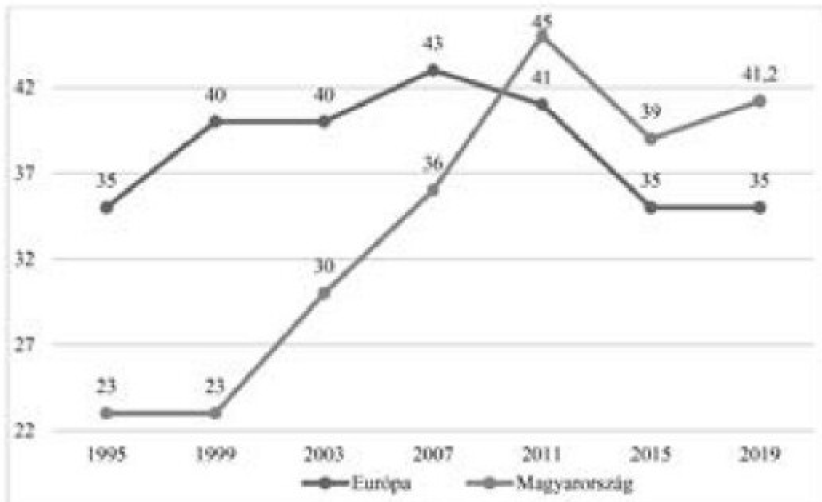

Az ESPAD-kutatásokban részt vevő országok *összesített átlaga* alapján készített trendek azt mutatják, hogy az alkoholfogyasztás *élet- és* havi prevalencia-értékei is 2003-ig növekedtek, utána azonban először nagyobb *ütemben*, az elmúlt négy *évben* pedig kisebb *ütemben* csökkentek (11.3.12. *ábra).* Magyarországon a növekedés tovább, 2011-ig folytatódott, a 2015. *évi* adatok azonban egyértelmű csökkenés jeleztek. 2019-ben a magyar trendek ismét eltérnek az európaiaktól, *és* a 2015–2019 között bekövetkezett növekedés eredményeként a magyar fiatalokra vonatkozó havi prevalencia-értékek jelentősen meghaladják az európai *átlagot.*

**11.3.12. ábra. Az előző hónapban alkoholt fogyasztók arányának változása Európában**



A nagyivás csökkenése Európában négy *évvel* később kezdődött, mint az alkoholfogyasztásé. 2007 *és* 2015 között a visszaesés jelentős mértékű volt, a 2019. *évi* adatok pedig nem mutatnak változást 2015-höz képest (11.3.13. *ábra*). Magyarországon a növekedés sokkal nagyobb mértékű volt 1999 *és* 2011 között, viszont a 2015. *évi* adatok már nálunk is csökkenést jeleztek. A 2019. *évi* prevalencia-érték az európai trendektől eltérően ismét a nagyivás növekedését jelzi.

**11.3.13. ábra. Az előző hónapban nagyivók arányának változása Európában és Magyarországon a 16 évesek között (%)**



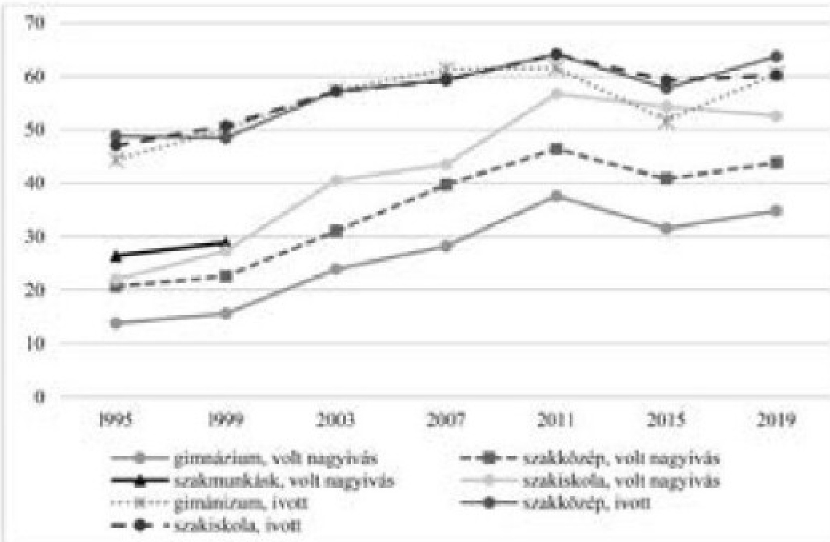

Társadalmi háttérváltozók alapján a különböző társadalmi csoportok nem mindig érintettek egyformán.

A korábbi években, 2011-ig az alkoholfogyasztás havi prevalencia-értékének iskolatípusok szerinti különbségei nem voltak jelentősek. 2015-ben a havi prevalencia-érték csökkenése, 2019-ben pedig a növekedése volt nagyobb a gimnáziumban tanulók körében, mint a többi iskolatípusban. Így 2019-ben a havi prevalencia-értékek a gimnáziumokban hasonlóak voltak, mint a szakiskolákban (mai szakközépiskola), a legnagyobbak pedig a szakközépiskolákban (mai szakgimnázium) voltak (11.3.14. ábra).

A nagyivás havi prevalencia-értéke mindig a gimnáziumokban volt a legalacsonyabb, és a szakiskolákban a legnagyobb. A tendenciák azonban az elmúlt négy évben változtak: a szakközépiskolákban (mai szakgimnázium) csökkent, a másik két iskolatípusban pedig nőtt az előző hónapban legalább egyszer nagyivók aránya. Az iskolatípusok szerinti különbségeknél azonban

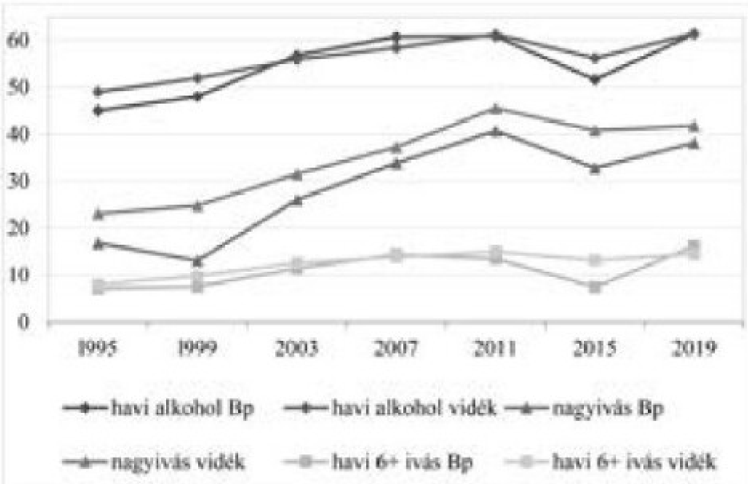
mindenképpen tekintettel kell lennünk arra, hogy a középiskolai rendszer folyamatos változása hatással volt a különböző iskolatípusokban tanuló diákok összetételére.

**11.3.14. ábra. Az előző hónapban legalább egyszer alkoholt fogyasztók és a legalább egyszer nagyivók aránya az iskola típusa szerint a 16 éveseknél**



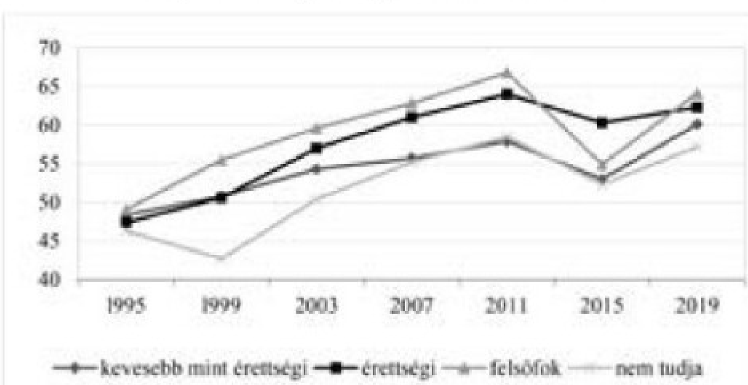

*Az iskola székhelye alapján az alkoholfogyasztás előző havi prevalencia-értéke az elmúlt 24* évben *alig különbözött.* Az időszak nagyobb részében *az előző hónapban alkoholt fogyasztó fiatalok aránya kicsit magasabb volt a vidéki iskolákban, mint Budapesten.* 2015 és 2019 között a növekedés valamelyest nagyobb arányt mutatott a fővárosban, így az előző 30 napban alkoholt fogyasztók aránya azonos volt Budapesten és vidéken. A havi nagyobb (6+) rendszerességgel alkoholt fogyasztók aránya szintén nagyobb mértékben nőtt a fővárosi középiskolákban. Így 2019-ben az előző hónapban 6-szor vagy többször alkoholt fogyasztók aránya Budapesten valamelyest meghaladta a vidéki átlagot. Az előző hónapban legalább egyszer nagyivók aránya mindig magasabb volt a vidéki székhelyű iskolákban, mint a fővárosban. *2019-ben azonban, a többi alkoholmutatóhoz hasonlóan, a növekedés nagyobb mértékű volt a fővárosi iskolákban* (11.3.15. *ábra).*

**11.3.15. ábra. Az alkoholfogyasztás főbb havi prevalencia-értékei a 16 éveseknél**



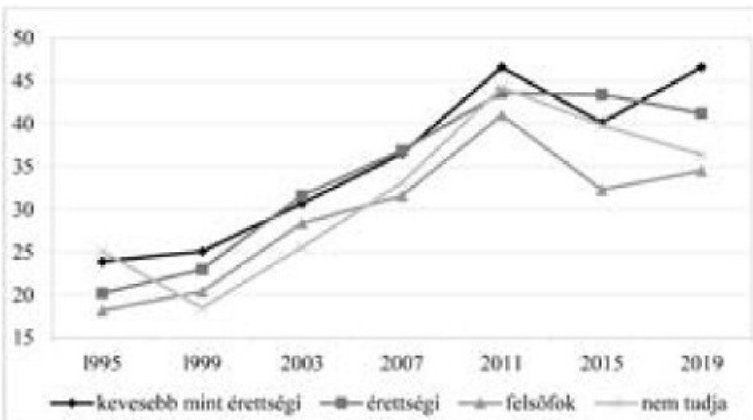

*Az apa iskolai végzettség alapján az előző hónapban alkoholt fogyasztók aránya minden társadalmi csoportban nőtt.* A növekedés a legnagyobb mértékű a felsőfokú végzettségű apák gyermekeinél történt, és ennek köszönhetően 2019-ben ebben a társadalmi csoportban volt a legmagasabb az előző hónapban alkoholt fogyasztók aránya. Érdemes azonban arra is felfigyelni, hogy *a havi prevalencia-érték a vizsgált 24* év többségében *a felsőfokú végzettségű apák gyermekeinél volt a legmagasabb.* A kevesebb mint érettségivel rendelkező apák gyermekei, valamint azok, akik nem tudják megmondani apjuk iskolai végzettségét, a legkisebb arányban fogyasztottak havi rendszerességgel alkoholt.

**11.3.16. ábra. Az előző hónapban alkoholt fogyasztók aránya az apa iskolai végzettsége szerint a 16 éveseknél**



A nagyivás havi prevalencia-értéke az előző havi alkoholfogyasztás prevalencia-értékétől eltérő képet mutat az apák iskolai végzettsége alapján. *Nagyivás, különösen az elmúlt* években, *a legritkábban a legmagasabb iskolai végzettségű apák gyerekeinél fordult elő.* A vizsgált időszak nagy részében gyakoribb volt a nagyivás az alacsonyabb iskolai végzettségű apák gyerekeinél. Az elmúlt négy év változásai eltérő tendenciákat mutatnak az apák iskolai végzettsége szerint. *A legalacsonyabb* és *a legmagasabb iskolai végzettségű apák gyerekeinél nőtt az előző havi nagyivás előfordulása,* ugyanakkor az érettségivel rendelkező apák gyerekei esetében, illetve azoknál, akik nem tudják megmondani apjuk iskolai végzettségét, tovább folytatódott a javuló tendencia.

**11.3.17. ábra. A nagyivás havi prevalencia-értékei az apa iskolai végzettsége szerint**




## ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTETÉSEK

A diákok túlnyomó többség kipróbálta már az alkoholt. *A megelőző hónapban kétharmaduk (65,5%), nagyobb gyakorisággal (havi hat vagy több alkalommal) 16,9% ivott.* Az utolsó fogyasztási alkalomra vonatkozó mennyiségi adatok alapján *az egy alkalommal elfogyasztott, egy fogyasztóra jutó alkohol mennyisége jelentős:* egy fogyasztóra átlagosan 82 ml tiszta szeszre átszámítva. A nagyobb gyakorisággal és a nagyobb mennyiségben elfogyasztott italfajta lányoknál és fiúknál továbbra is a *tömény ital.*

Nem ritkák az alkoholfogyasztás szélsőségesebb formái sem: *a diákok közel felével fordult elő nagyivás, és közel negyedrészük legalább egyszer lerészegedett a kérdezést megelőző hónapban.*

2015-ben az alkoholfogyasztás mérséklődését jelezte a legtöbb mutató. Ez a kedvező tendencia 2019-ben megtorpanni látszik. Elsősorban *a havi rendszerességgel vagy a havi legalább hat alkalommal fogyasztók aránya nőtt 2015-höz képest, és 2019-ben a havi prevalencia-értéke a 24 éves periódus legmagasabb értéke volt.* A növekedés elsősorban a tömény italok, a sör és a cider fogyasztásában következett be. A fiúk és a lányok közötti különbség csekély mértékben nőtt.

A korábbi évekhez képest *tovább nőtt az egy alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége*. 2015-höz képest csekély mértékben nőtt az előző hónapban nagyivók aránya is, ami elsősorban a nagyivás lányok közötti terjedésének köszönhető.

Elemzéseink, a korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan, egyértelműen bizonyítják *a családi háttér meghatározó szerepét a rizikó magatartások kialakulásában.* Az ESPAD-kutatások történetében az egyik legállandóbb és legmeghatározóbb hatás volt a családszerkezet jellege. Míg *a teljes család (mindkét édes szülő jelenléte) megóvó erővel bír, addig az édes szülő nélküli család egyértelműen rizikótényezőt jelent* a szerfogyasztás kialakulásában. A család társadalmi státusának a hatása nem ennyire egyértelmű. A magasabb iskolai végzettségű szülők gyermekei körében elterjedtebb általában az alkoholfogyasztás, viszont az alacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyermekeinél gyakoribb a problémásabb, nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás. A család vélt rosszabb anyagi helyzete szintén növeli a problémásabb alkoholfogyasztás valószínűségét. Fontosnak tartjuk kiemelni *a családi integráció megóvó szerepét, valamint az alacsony szülői kontroll és a szülőkhöz fűződő viszonnyal való elégedetlenség veszélyeztető hatását.*

Az iskola típusa szempontjából *a szakközépiskolába járók a legveszélyeztetettebbek*, bár az általában alkoholt fogyasztók aránya a gimnazisták között a legnagyobb. Az iskola székhelye alapján *vidéken gyakoribb a nagyivás.*

Elemzéseink alapján megállapítható, hogy az *elmenős szabadidő-eltöltési formák határozottan növelik a gyakoribb fogyasztás valószínűségét, a családdal eltöltött szabadidő és az online töltött idő pedig jelentősen mérsékli a fogyasztást.*

Az iskolai lógás, a szülői kontroll hiánya, a depressziós tünetek növelik a szélsőségesebb alkoholfogyasztási formák kialakulásának az esélyét.

## HIVATKOZÁSOK

Elekes Zs. (1997). Devianciák, mentális betegségek. In: Lévai K. – Tóth I. Gy. (szerk.): *Szerepváltozások – Jelentés a nők helyzetéről*. Budapest, TÁRKI – Munkaügyi Minisztérium-Egyenlő Esélyek Titkársága, 151–169.

Elekes Zs. (1999). Önbevallásos vizsgálatok Magyarországon a kilencvenes években. In: Ritter I. szerk.: *Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről*. Budapest. Ifjúsági és Sportminisztérium. (ISMertető.) 121–153.

Elekes Zs. (2000). Alkoholprobléma az ezredvégi Magyarországon in: Elekes Zs. – Spéder Zs. (szerk.): *Törések és kötések a magyar társadalomban* Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég Kiadó, Budapest, 152–169.

Elekes Zs. (2004a). A középiskolás fiúk és lányok dohányzási és alkoholfogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások 1992–2003 között. *Addiktológia*, 4, 515–532.

Elekes Zs. (2004b). *Alkohol* és *társadalom*. Országos Addiktológiai Intézet, Budapest.

Elekes Zs. (2005a). A drogfogyasztás nemek közötti különbözőségei és hasonlóságai. In: Nagy I. – Pongrácz T. – Tóth I. Gy. (szerk.): *Szerepváltozások. Jelentés a nők* és *a férfiak helyzetéről*. TÁRKI – Ifjúsági, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, 177–193.

Elekes Zs. (2005b). A drogfogyasztás elterjedtsége és a fogyasztásra ható társadalmi tényezők iskolában tanuló fiatalok körében. *Demográfia*, 4, 345–374.

Elekes Zs. (2007). Serdülőkorú fiatalok alkoholfogyasztása az ESPAD-kutatások eredményei alapján. In: Demetrovics Zsolt – Urbán Róbert – Kökönyei Gyöngyi (szerk.): *Iskolai egészségpszichológia*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet szakmai forrás sorozat. L'Harmattan, Budapest. 216–242.

Elekes Zs. (2009). *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol-* és *egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007.* NDI–L'Harmattan, Budapest.

Elekes Zs. (szerk.) (2016). *Európai iskolavizsgálat az alkohol-* és *egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015. Magyarországi eredmények*. Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet.

Elekes Zs. – Paksi B. (1996). *A magyarországi középiskolások alkohol-* és *drogfogyasztása*. ESPAD The European School Survey Project on Alcohol and Drugs 1995. Budapest, Népjóléti Minisztérium.

Elekes Zs. – Paksi B. (2000). *Drogok* és *fiatalok. A középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása* és *dohányzása az* évezred *végén Magyarországon.* Budapest, Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért felelős helyettes államtitkárság. (ISMertető.)

Elekes Zs. – Paksi B. (2003). *The ESPAD'03 Country Report – Hungary.* Kézirat.

Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (szerk.) (2020). *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei.* Budapesti Corvinus Egyetem. ISBN 978-963-503-850-3. http://www.deviancia-kutatas.hu/docs/2020/ESPAD.magyar.pdf

Hibell, B. – Andersson, B. – Ahlström, S. – Balakireva, O. – Bjarnasson, T. – Kokkevi, A. – Morgan, M. (2000). *The 1999 ESPAD Report. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.* Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. Stockholm, CAN, Council of Europe.

Hibell, B. – Andersson, B. – Bjarnasson, T. – Ahlström, S. – Balakireva, O. – Kokkevi, A. – Morgan, M (2004). *The ESPAD Report 2003.* Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, CAN, Council of Europe.

Hibell, B. – Andersson, B. – Bjarnasson, T. – Kokkevi, A. – Morgan, M. – Narusk, A. (1997). *The 1995. ESPAD Report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries.* The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Stockholm, CAN, Council of Europe.

Hibell, B. – Guttormsson, U. – Ahlström, S. – Balakireva, O. – Bjarnason, T. – Kokkevi, A. – Kraus, L. (2009). The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, CAN, EMCDDA, Council of Europe.

Hibell, B. – Guttormsson, U. – Ahlström, S. – Balakireva, O. – Bjarnason, T. – Kokkevi, A. – Kraus, L. (2012). The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm, CAN, EMCDDA, Council of Europe.

Mitev A. Z. (2003). A szeszesitalok reklámozása és marketingje során alkalmazott technikák. *Addiktológia,* II. 2. 178–198.

Room, R. (2004). Drinking and coming of age in a cross-cultural perspective. In: Bonnie, R. J. – O'Connor, M. E. (eds.): *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsability.* Washington, DC. National Academy Press. 654–677.

The ESPAD Group (2016). *ESPAD REPORT. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.* Lisbon, EMCDDA.

The ESPAD Group (2020). *ESPAD Report 2019 Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisboa. http://www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf

## 11.4. A SERDÜLŐKORÚ LAKOSSÁG ALKOHOLFOGYASZTÁSÁNAK JELLEMZŐI AZ ISKOLÁSKORÚ GYERMEKEK EGÉSZSÉGMAGATARTÁSA (HBSC) KUTATÁS ADATAI ALAPJÁN

(Németh Ágnes)

### 11.4.1. Bevezetés

A gyermekek és kamaszok egészségi állapotára és életmódjára irányuló vizsgálatok közül a legrégebbi, széles körű nemzetközi múltra visszatekintő kutatás az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) projekt, mely az Egészségügyi Világszervezet Európai Irodájával együttműködésben valósul meg (Inchley és mtsai, 2020a; Németh–Várnai, 2019). A kutatás a 80-as évek elején négy nyugat-európai ország informális megállapodásával és együttműködésével indult. Az Egészségügyi Világszervezet már ekkor támogatásra méltónak ítélte a kezdeményezést, és azóta is szoros partnerség jellemzi a projekt működését. Ezt követően 1985-ben sor került az első olyan, közös kutatási protokoll alapján lebonyolított felmérésre, amelyet négyévenként terveztek megismételni. Az 1985/86-os tanévben hét ország vett részt az adatgyűjtésben, köztük Magyarország – az akkori szocialista államok közül egyedüliként. A felmérések azóta minden negyedik tanévben lezajlottak, egyre bővülő számú országban. Jelenleg 49 tagja van a nemzetközi hálózatnak: 48 ország az Egészségügyi Világszervezet európai régiójából, valamint Kanada.

A kutatás célja megismerni és megérteni a serdülőkorú ifjúság egészségi állapotát és egészségét meghatározó szokásait, életmódját. A megértéshez elengedhetetlen a többféle (egyéni, társas, fizikai környezeti stb.) szinten működő befolyásoló tényezők ismerete, illetve e tényezők és az egészségi, életmód-jellemzők közötti összefüggések feltárása is. A hosszú távú kutatási projekt monitorozni kívánja továbbá az egészségmagatartási és egyéb mutatók térbeli (földrajzi) és időbeli változatosságát, változásait. Mindezen eredmények elemzésével, értelmezésével hozzá szeretne járulni a nemzeti és nemzetközi egészségfejlesztő stratégiák működésének értékeléséhez, valamint szeretne támpontokat nyújtani ezek továbbfejlesztéshez és egyéb, a területhez kapcsolódó döntéshozói feladatok ellátásához.

Folytonosan változó világunk természetesen fiataljaink életére is kihat, az életmódjukban bekövetkező változások folyamatosan új kutatási kérdéseket és új módszertani megközelítéseket generálnak, így maga a kutatási projekt is felmérésről felmérésre fejlődik, részben változik.

Kutatási területünk egyik legfontosabb része az egészséget veszélyeztető magatartásformák, ezen belül a különböző pszichoaktív szerek használatának vizsgálata. Az alkoholfogyasztás jellemzőinek feltárása a kezdetektől fogva szerepel a kutatási programban, ezáltal mintegy három és fél évtizede állnak rendelkezésünkre adatok ezen a téren.

### 11.4.2. Módszertan

A kutatás keretében 1985/86 óta a tagállamok egységes nemzetközi kutatási protokoll (Currie és mtsai, 2010, 2014; Inchley és mtsai, 2018) szerint négyévenként gyűjtenek adatokat; az országok zömében – hazánkban is – nemzeti reprezentativitással. A vizsgált célcsoport az adatfelvétel idején a 11, 13, illetve 15 éves, iskolába járó korosztály (így az átlagéletkor 11,5; 13,5 és 15,5 év körüli az egyes korcsoportokban). Az előirányzott mintanagyság korcsoportonként 1500 fő, de ettől mindkét irányban jelentős eltérések vannak országonként minden felmérés esetében.

Az adatfelvétel a kiválasztott iskolák megfelelő osztályaiban történik felkészített kérdezőbiztosok vezetésével, akik a tanulók számára ismeretlen személyek. Az adatgyűjtés eszköze minden felmérés esetén névtelen, önkitöltős kérdőív. A legutóbbi két felmérés során több ország már nem papíralapon, hanem elektronikus módon bonyolította le a kérdőívek kitöltetését.

A részvétel a felmérésekben minden szinten önkéntes. Az iskolák felkérő levelet kapnak a kutatást koordináló nemzeti intézménytől a nemzeti kutatásvezető aláírásával. Amennyiben vállalják a részvételt, a helyi kérdezőbiztos ellátogat az iskolába, bemutatja a kérdőívet, és átadja a kiválasztott osztályokba járó tanulók szüleinek szóló tájékoztató leveleket. Ezt a tanulók hazaviszik, és amennyiben a szülők nem jeleznek vissza, hogy nem engedélyezik gyermekük részvételét a felmérésben (passzív beleegyezés), már csak a gyermek beleegyezésén múlik a válaszadás az adatfelvétel napján. Az adatfelvétel minden osztályban egy tanóra keretében valósul meg. Ennek során a kérdezőbiztos tájékoztatja a tanulókat a vizsgálat céljáról, menetéről, majd kitölteti a kérdőíveket azokkal, akik vállalják a részvételt. A kitöltött kérdőíveket kizárólag az adatfeldolgozással foglalkozó kutatási asszisztensek, illetve kutatók láthatják. A kérdőívek egyéni azonosításra alkalmas adatra nem kérdeznek rá; a tanulók a számítógépes adatrögzítés során mindössze egy egyedi sorszámot kapnak, ami azt biztosítja, hogy az egyes tanulók által adott válaszok az adatbázisban is össze- és csak egy személyhez tartozzanak.

A 2001/02-es tanévtől kezdődően minden országban nemzeti etikai grémium jóváhagyásával zajlanak az adatgyűjtések.

A kutatás céljainak megfelelően az egyes felmérések kérdőívei tartalmukban részben átfedőek mind térbeli (országok között), mind időbeli (felmérési évek között) dimenzióban. Egy adott ország adott évi felmérésének kérdőíve több részből áll. Ezek között elsődleges egy minden tagország számára kötelező kérdéscsoport, melyet a nemzetközi kutatócsoport fejlesztett ki és szavazott meg. Ebben a körben találhatók olyan kérdések, melyek szerepeltek korábbi felmérés(ek)ben is (az időbeli trendelemzés céljából), illetve az új kutatási kérdéseknek és vagy módszertani fejlesztéseknek megfelelően új tételek is. Az egyes témakörök mélyebb vizsgálatára többféle, nemzetközi fejlesztésű, szabadon választható kérdéscsoport is beépíthető az adott felmérés nemzeti kérdőívébe. Az opcionális kérdéscsoportok a kötelezőkhöz hasonlóan lehetnek korábbi felmérésekben is használtak, illetve újak. Ezeken túlmenően minden ország alkalmazhat a kérdőíveiben a saját hazai érdeklődésnek, szükségletnek, előírásnak megfelelően csak az adott országban használt tételt is.

A nemzetközi kérdéscsoportok angol nyelvűek. Ezeket minden országban, ahol szükséges, lefordítják a megfelelő nyelvekre, majd a nemzetközi összehasonlíthatóság biztosítása érdekében a fordítástól függetlenül visszafordítják angolra. A visszafordított változatokat a nemzetközi kutatócsoport lektorai összevetik az eredetivel, és addig finomítják a nemzeti kutatócsoporttal az adott nyelvű kérdőívet, amíg a lehető legjobban lefedi az eredeti angol jelentést.

A kérdőívek számítógépes rögzítése után a tagországok által összeállított nyers adatfájlokat a HBSC Nemzetközi Adatbankja fűzi össze nemzetközi adatbázissá, mely hosszú tisztítási és ellenőrzési folyamat során válik elemezhetővé. Az adatok elsődleges nemzetközi elemzése az adott felmérés nemzetközi kutatási jelentésének kiadására irányul, mely az Egészségügyi Világszervezet gondozásában jelenik meg. A jelentések angol nyelven online is elérhetők, az 1990/91-es felmérésre vonatkozó kivételével (Currie és mtsai, 2000, 2004, 2008, 2012; Inchley és mtsai, 2016, 2020a; King és mtsai, 1996; Wold–Aarø, 1990).

Magyarország 1985 óta minden felmérésben országos reprezentativitású mintával vett részt, melyeket az iskola települése, típusa, fenntartójának típusa és földrajzi elhelyezkedése szerinti rétegzéssel, csoportos mintavételi eljárással határoztak meg. A mintavételi keretet mindig a mintaválasztási évben elérhető legfrissebb közoktatási statisztika adja. A speciális képzést igénylő (pl. fogyatékkal élő) gyermekeket oktató intézmények nem kerülnek be a keretbe, mivel a tanulóknak önállóan kell tudniuk kitölteni a kérdőíveket.

Hazánkban a nemzetközileg kötelező három korcsoport mellett a második (1989/90-es tanévi) felmérés óta a 17 éves korosztály is célcsoport. Az adott korosztály tanulóinak eléréséhez a gyakorlatban azokban az évfolyamokban történik az adatgyűjtés, amelyekbe a legtöbben járnak a kiválasztott korcsoportokból. Ezek 1997/98-ig a 6., 8., 10. és 12. évfolyamok voltak, majd 2001/02-től kezdődően az 5., 7., 9. és 11. évfolyamok. A váltás a magyar beiskolázási rendszer rugalmassága miatt vált szükségessé, amelynek következtében az évek során számottevően emelkedett az adott évfolyamba járó tanulók átlagéletkora, és a megfelelő korcsoportok legszélesebb elérése az eredetiek évfolyamoknál egy évvel alacsonyabbakban vált lehetővé. A legutóbbi, 2021/22-ben lebonyolított adatgyűjtés a tizedik volt.

A hazai adatfelvételek a legutóbbi kivételével papíralapú kérdőívekkel készültek, melyeket ellenőrzött számítógépes adatbevitel követett. A 2021/22-es tanévi felmérés azonban a megfelelő módszertani előkészítést követően teljes egészében online módon valósult meg, így a nyers adatfájl közvetlenül az adatgyűjtés után rendelkezésre állt. A 2001/02-es felméréstől kezdve minden felmérés az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának engedélyével valósult meg.

Az 1997/98-as felméréstől kezdődően mindegyikről külön nemzeti kutatási jelentés készült (Aszmann, 2003; Aszmann–Németh, 2000; Németh, 2007; Németh–Költő, 2011, 2016; Németh–Várnai, 2019). A hazai kutatási jelentések és a nemzetközi jelentések Magyarországra vonatkozó adatai eltérnek, ugyanis az adattisztítás és az adatelemzés is eltér a két szinten. Mivel a kérdezés nem korcsoportok, hanem évfolyamok szerint történik, a nemzeti adatelemzésben nem a nemzetközileg előírt életkori csoportok, hanem évfolyamok szerint elemezzük az adatokat, hogy minél kisebb legyen az adatveszteség.

A fiatalok alkoholfogyasztására vonatkozó kérdések az első felmérés óta szerepelnek a kérdőívekben, azonban csak egyetlen kérdés akad, amely valamennyi adatfelvétel idején kötelező volt, és így hazánkban is kérdeztük minden alkalommal.

### 11.4.3. Az alkoholfogyasztás bemutatása jelen tanulmány keretében

A serdülőkorúak alkoholhasználatának jellemzőit két fő fejezetben mutatjuk be. Az elsőben a legutóbbi – elemzésre más alkalmas adatfájllal rendelkező – felmérés szerinti eredményeket ismertetjük. A 2017/18-as adatgyűjtésből 248 iskola 311 osztálya 6003 tanulójának (2949 fiú, 3049 lány, 6 fő nem adta meg a nemét) adatait dolgoztuk fel.

Legfrissebb adataink a 11–17 éves korosztály alkoholfogyasztását négy mutatóval jellemzik:

1. Az *alkoholfogyasztás* előfordulásának gyakorisága – *életprevalencia* (hány napon fogyasztott *életében* alkoholt – 0 / 1–2 / 3–5 / 6–9 / 10–19 / 20–29 / 30 vagy több);
2. Az *alkoholfogyasztás* előfordulásának gyakorisága – *havi prevalencia* (hány napon fogyasztott *a kérdezést megelőző 30 napban* alkoholt – 0 / 1–2 / 3–5 / 6–9 / 10–19 / 20–29 / 30 vagy több);
3. A *lerészegedés* előfordulásának gyakorisága – *életprevalencia* (ivott-e már annyi alkoholt *életében*, hogy berúgott – Nem, soha / Igen, egyszer / Igen, 2-3-szor / Igen, 4–10-szer / Igen, 10-nél többször);
4. A *lerészegedés* előfordulásának gyakorisága – *havi prevalencia* (ivott-e már annyi alkoholt *a kérdezést megelőző 30 napban*, hogy berúgott – Nem, soha / Igen, egyszer / Igen, 2-3-szor / Igen, 4–10-szer / Igen, 10-nél többször).

A kortársak alkoholfogyasztásának észlelésére két kérdés vonatkozott:

1. Az alkoholt fogyasztó barátok számának megbecsülése (Egyik sem / Kevés / Néhány / Sok / Mindegyik);
2. A hetente legalább egyszer lerészegedő barátok számának megbecsülése (Egyik sem / Kevés / Néhány / Sok / Mindegyik).

A tanulók alkoholfogyasztását jellemző gyakorisági arányszámokat nemek és évfolyamok szerinti bontásban mutatjuk be.

Az alkoholfogyasztás összefüggéseit számos környezeti, társas és egyéni tényezővel is megvizsgáljuk:

1. Társadalmi-gazdasági tényezők (tanuló lakóhelyének mérete [településtípus], iskola fenntartójának típusa, iskola [képzés]típusa, anya és apa iskolai végzettsége, anya és apa munkaerőpiaci aktivitása, testvérek száma, családszerkezet, családi jómódúság [anyagi helyzet]);
2. Társas kapcsolati tényezők (problémamegbeszélés anyával és apával, anyai és apai monitorozás, családi támogatás, baráti támogatás, osztálytársak támogatása, tanári támogatás);
3. Kortársakkal való interakciók (online kommunikáció preferenciája, problémás [túlzott] közösségimédia-használat, videójátékok használata, barátok észlelt dohányzása, barátok észlelt alkoholfogyasztása, barátok észlelt lerészegedési gyakorisága;
4. Egyéni egészségi és személyiségmutatók (élettel való elégedettség, pszichoszomatikus tünetek előfordulási gyakorisága, depresszív hangulat, önértékelés).[13]

[13] Az egyes kérdések pontos megfogalmazása és a válaszkategóriáik leírása, valamint a skálák részletes ismertetése megtalálható a legutóbbi nemzeti kutatási jelentésben (Németh–Várnai, 2019).

A demográfiai, társadalmi-gazdasági tényezőkkel való kapcsolatot nagyrészt eloszlás- (illeszkedés-) vizsgálattal néztük meg. A többi változó esetében, amelyek ordinális vagy skálaszintű változók, korrelációszámításokat végeztünk. A statisztikai összehasonlításokat $\chi^2$-próbával ($p<0,05$) és parciális korrelációs együtthatókkal (kontrollálva a nemre és évfolyamra, *$p<0,05$; **$p<0,01$) végeztük el.

A második fejezetben az alkoholfogyasztás néhány jellemzőjének időbeli változását mutatjuk be. A HBSC-kutatás történetében egyetlen olyan kérdés szerepel, amely minden felmérésben változatlan formában jelen volt: a részegség életprevalenciájára vonatkozó fentebb bemutatott tétel. Ennek megfelelően csak erre a mutatóra tudunk három és fél évtizedet felölelő trendet jellemezni.

Az alkoholfogasztás életprevalenciájára ugyan szintén rákérdezett minden felmérés, de a kérdések megfogalmazása többször is változott a kutatás történetében,[14] ezért korrekt statisztikai összehasonlítást nem tudunk tenni az arányszámok között. Ennek figyelembevételével mutatjuk be az adatokat.

Az 1989/90-es második felméréstől különböző alkoholféleségek fogyasztási gyakoriságát kérdezték kötelezően, egészen 2013/14-ig. A sör, a bor és a röviditalok minden esetben szerepeltek, változatlan válaszkategóriák mellett, így a 2010-es évek közepéig lehetséges erre vonatkozó HBSC-trendadatok bemutatása.

A trendadatokat minden esetben életkori csoportok és nem évfolyamok szerint mutatjuk be, hogy nemzetközi összehasonlítást is tudjunk tenni.[15] A két fiatalabb korcsoportban, ahol jóval alacsonyabbak az arányszámok, nemi bontás nélkül tesszük közzé az eredményeket. A 15 évesek esetében a nemzetközi középértékekkel is teszünk összehasonlítást. A 17 évesek adatait

---

14 Az első három felmérésben az alkohol kipróbálására kérdeztek rá, és igen / nem / nem tudom válaszkategóriák voltak. A következő alkalommal a kérdésfeltevés maradt, de a „nem tudom" válaszkategória már nem szerepelt. A 2001/02-es felméréstől a következő három felmérésben nem szerepelt direkt kérdés az alkohol életprevalenciájára vonatkozóan. Ekkor került be azonban az első alkoholfogyasztás életkorára vonatkozó tétel, amelynek első válaszkategóriája a „még nem fogyasztott alkoholt" volt, így ebből következtetni lehet az alkohol-életprevalenciára. A kérdés a 2013/14-es felmérésig szerepelt a kötelező tételek között. A jelenleg használt, fentiekben bemutatott életprevalenciára vonatkozó kérdés a 2013/14-es felmérésben lett először a kötelező kérdéscsoport része.

15 Az adatfelvétel során különböző okok miatt némileg sérül az eredeti minta reprezentativitása, ezért a hazai felmérésekben a végleges mintán történő számításokat általában súlyozzuk. A legutóbbi felmérés eredményeit bemutató fejezetben a súlyozott eredményeket közöljük. Két felmérés esetében azonban ez nem történt meg, valamint nemzetközi szinten ezt a módszert nem alkalmazzák, ezért a trendelemzéseknél minden esetben a súlyozatlan adatokkal dolgoztunk.

a nemzeti adatbázisból vettük, mivel ők nem szerepelnek a nemzetközi adatfájlban (11.4.1. táblázat).

A statisztikai összehasonlításhoz kiszámítottuk a százalékos arányszámokhoz tartozó 95%-os megbízhatósági intervallumokat. Az eredmények közlésénél szignifikánsan különbözőnek tekintettük azokat az arányszámokat, amelyek megbízhatósági intervalluma nem volt átfedő. A diagramokon az arányszámok melletti csillag (*) azt jelzi, hogy az adott érték szignifikánsan különbözik az előző vizsgálati évitől.

**11.4.1. táblázat. A HBSC felmérések mintanagyságai (N=fő) vizsgálati év szerint**

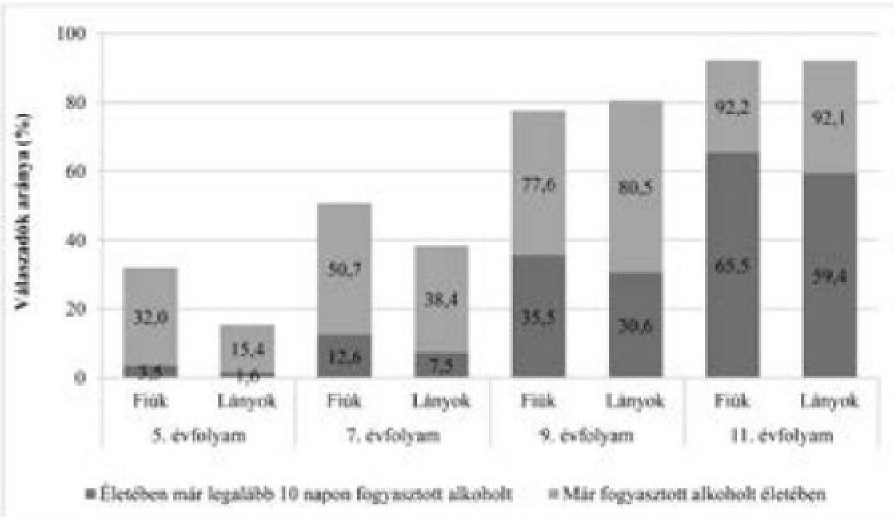
| Vizsgálati év | Magyar minták (N) | | | | | | Nemzetközi minták (N) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 11 évesek | 13 évesek | 15 éves fiúk | 15 éves lányok | 17 éves fiúk | 17 éves lányok | 15 éves fiúk | 15 éves lányok |
| 1985/86 | 1613 | 1581 | 563 | 704 | – | – | 5556 | 5697 |
| 1989/90 | 1913 | 1973 | 1061 | 1551 | – | – | 7580 | 8591 |
| 1993/94 | 2072 | 1944 | 825 | 934 | – | – | 15891 | 16885 |
| 1997/98 | 1435 | 1356 | 374 | 444 | 320 | 368 | 19101 | 20523 |
| 2001/02 | 1319 | 1425 | 498 | 812 | 590 | 603 | 23990 | 26590 |
| 2005/06 | 1096 | 1215 | 550 | 637 | 464 | 537 | 33007 | 34865 |
| 2009/10 | 1473 | 1581 | 799 | 934 | 846 | 852 | 35477 | 36175 |
| 2013/14 | 1424 | 1352 | 535 | 565 | 465 | 559 | 35194 | 36843 |
| 2017/18 | 1259 | 1368 | 506 | 639 | 436 | 475 | 37394 | 39604 |

## 11.4.4. A magyar iskolások alkoholfogyasztási szokásai a 2017/18-as tanévi felmérés alapján

### *1.4.4.1. Az alkoholfogyasztás előfordulása, gyakorisága*

A felső tagozatos és középiskolás diákok nagyobb hányada (60,7%) fogyasztott már alkoholt életében. Az 5. évfolyamosok közül kb. minden negyedik (23,7%) ivott már alkoholt, a 7.-eseknek kevesebb mint felére (44,3%), a 9.-eseknek mintegy négyötödére (79,2%), míg a 11. évfolyamosoknak túlnyomó többségére (92,2%) jellemző ez (11.4.1. ábra). Az arányszámok évfolyamról évfolyamra szignifikánsan emelkednek, jelentősebb ugrás látható az általános és középiskolás korosztály között. A fiúk és lányok között az általános iskolában még jelentős a különbség, ez a középiskoláig fokozatosan eltűnik.

**11.4.1. ábra. Az alkoholfogyasztás előfordulása a 2017/18-ban felmért magyar tanulók körében**

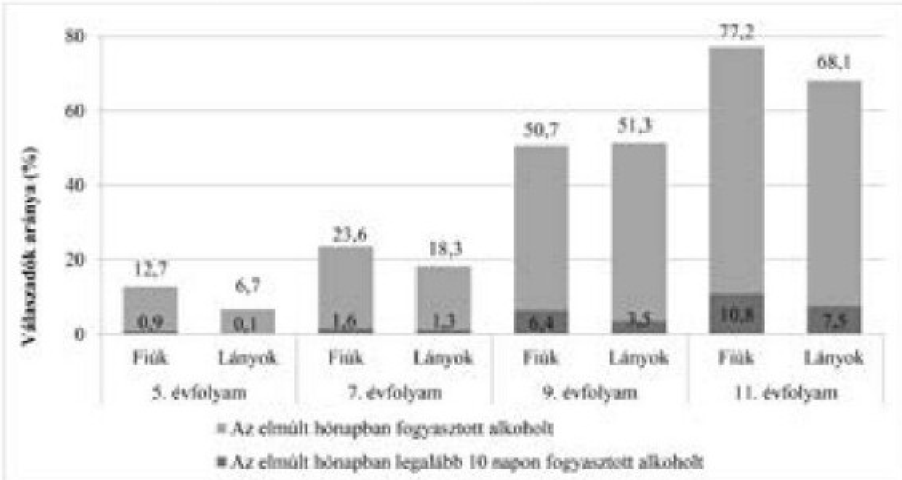



Az alkoholt már fogyasztó fiatalok körén belül az általános iskolásoknak csekély hányada jelölte meg, hogy ez életében már legalább tíz napon megtörtént. A középiskolásoknál azonban jóval jelentősebb ez az arány. A már rendszeresebben fogyasztók arányai nem mutatnak szignifikáns nemi különbséget (11.4.1. ábra).

Tíz tanulóból négy (39,5%) számolt be arról, hogy az elmúlt hónapban is fogyasztott alkoholt. Az egyes évfolyamok között monoton és szignifikáns növekedés figyelhető meg: az 5.-esek mintegy 10%-ára jellemző ez, míg a 11. évfolyamon már több mint 70%-os az arány. A nemek között csak a 9. évfolyamon nem volt szignifikáns különbség (11.4.2. ábra).

Azok, akik legalább 10 napon fogyasztottak alkoholt a megelőző hónapban, elenyésző számúak és arányúak az általános iskolások körében, mind a fiúkat, mind a lányokat tekintve. Szignifikánsan magasabbak ezek az arányok a középiskolásoknál: a legidősebbek között már megközelíti a 10%-ot. A fiúk aránya csak a 9. évfolyamon magasabb szignifikánsan a lányokénál (11.4.2. ábra).

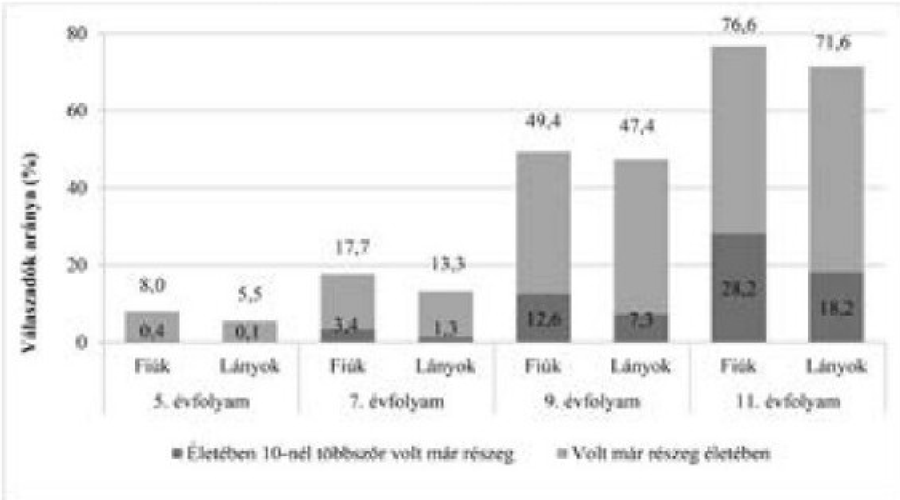
**11.4.2. ábra. Az alkoholfogyasztás előfordulása a kérdezést megelőző 30 napban a 2017/18-ban felmért magyar tanulók körében**




A teljes mintát tekintve a diákoknak több mint harmada (36,9%) volt már részeg életében. Akárcsak az alkoholfogyasztás esetében, itt is folyamatosan és szignifikánsan emelkednek az arányszámok az egyre magasabb évfolyamok felé haladva: a legfiatalabbaknál nem éri el a 7%-ot a prevalencia-érték, míg a 11-eseknél megközelíti a 75%-ot. Továbbá itt is látható egy nagyobb ugrás a 7. és 9. évfolyamosok között. Jelen esetben a 9. és 11. osztályosok között is nagy eltérést láthatunk. Csak a 7. és 11. évfolyamosok körében magasabb szignifikánsan a fiúk aránya (11.4.3. ábra).

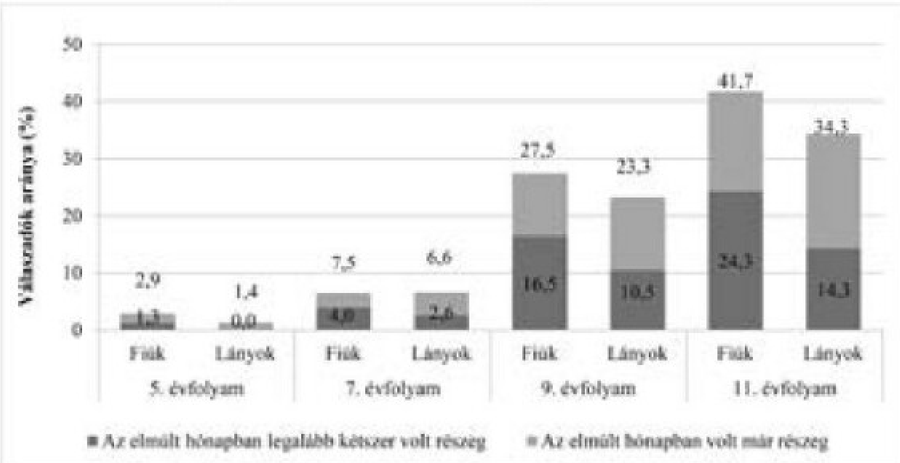
Azok, akik már 10-nél is többször berúgtak életükben, igen csekély arányt képviselnek az általános iskolások körében, a nemek közötti különbség pedig nem jellemző. A középiskolás korosztályban már számottevő a sok alkalommal lerészegedettek aránya: az 9.-esek közel 10%-a, míg a 11.-esek közel negyede jelezte ezt magáról. A középiskolásoknál a lányok aránya szignifikánsan alacsonyabb a fiúkénál (11.4.3. ábra).

**11.4.3. ábra. A lerészegedés előfordulása a kérdezést megelőző 30 napban 2017/18-ban a magyar tanulók körében**




A havi részegség arányszámai nemi különbség nélkül alacsonyak az általános iskolás korosztályban, de itt is szignifikánsan magasabbak az idősebb évfolyamon. A 7. és 9. osztály között ez esetben is igen nagy ugrás látható mindkét nemnél, és meglehetősen nagy a különbség a középiskolás évfolyamok között is. Az idősebbek között a fiúk arányszámai szignifikánsan magasabbak a lányokéinál (11.4.4. ábra).

**11.4.4. ábra. A lerészegedés előfordulása a kérdezést megelőző 30 napban a 2017/18-ban felmért magyar tanulók körében**




### *11.4.4.2. Az alkoholfogyasztási szokások összefüggései a környezeti, társas és egyéni háttértényezőkkel*

A vizsgált demográfiai és társadalmi-gazdasági háttértényezők szinte mindegyikével szignifikáns összefüggést mutatott mind a négy alkoholfogyasztási változó. Az iskolai képzés típusa szerint eltérő a kapcsolat iránya az alkoholfogyasztást és a problémás alkoholfogyasztást (lerészegedés) illetően: az alkoholfogyasztási prevalenciák értéke a gimnáziumokban, míg a részegségi arányok a szakközép- és szakiskolákban magasabbak (11.4.2. táblázat). Az iskola fenntartója tekintetében mind a négy alkoholfogyasztási mutató legkedvezőbb az egyházi iskolákban, és legkevésbé kedvező a nem állami, egyéb fenntartású iskolákban.

**11.4.2. táblázat. Az alkoholfogyasztási mutatók kapcsolata társadalmi-gazdasági tényezőkkel a 2017/18-ban felmért magyar tanulók körében**

| | Fogyasztott alkoholt életében (%) | Fogyasztott alkoholt az előző hónapban (%) | Volt már részeg életében (%) | Volt részeg az előző hónapban (%) |
|---|---|---|---|---|
| | Az iskola (képzés) típusa** | | | |
| **gimnázium, szakgimnázium** | 87,4 | 63,6 | 58,5 | 30,1 |
| **szakközépiskola, szakiskola** | 79,6 | 55,2 | 64,2 | 33,9 |
| | Az iskola fenntartójának típusa** | | | |
| **állami** | 61,9 | 39,8 | 37,7 | 19,7 |
| **egyházi** | 51,9 | 35,2 | 31,9 | 14,3 |
| **egyéb** | 67,6 | 46,5 | 40,0 | 22,0 |
| | Lakóhely típusa** | | | |
| **Budapest** | 80,1 | 58,2 | 54,8 | 28,3 |
| **megyeszékhely** | 62,7 | 35,6 | 29,2 | 12,7 |
| **város** | 62,6 | 41,6 | 39,8 | 21,1 |
| **község, tanya** | 54,4 | 34,5 | 32,4 | 16,2 |
| | Családszerkezet** | | | |
| **teljes család** | 59,0 | 37,6 | 33,8 | 16,3 |
| **egyszülős család** | 63,0 | 41,9 | 39,7 | 21,2 |
| **újrastrukturált család** | 69,2 | 47,7 | 48,2 | 25,2 |
| **egyéb** | 56,0 | 40,4 | 46,6 | 33,3 |
| | Családszerkezet édesszülők szerint** | | | |
| **mindkét édesszülővel együtt él** | 59,0 | 37,6 | 33,8 | 16,3 |
| **édesanya hiányzik** | 70,7 | 52,3 | 50,2 | 29,6 |
| **édesapa hiányzik** | 64,5 | 42,7 | 41,8 | 21,5 |
| **mindkét édesszülő hiányzik** | 55,6 | 41,9 | 45,6 | 32,3 |
| | Apa/nevelőapa munkaerőpiaci aktivitása | | | |
| **jelenleg van állása** | 60,8* | 39,8 | 36,6 | 18,4 |
| **jelenleg nincs állása** | 57,0* | 35,8 | 39,2 | 21,4 |
| | Anya/nevelőanya munkaerőpiaci aktivitása | | | |
| **jelenleg van állása** | 62,1** | 40,5* | 37,4 | 18,6 |
| **jelenleg nincs állása** | 53,3** | 34,6* | 34,7 | 19,6 |

A gyermek lakóhelyének típusa tekintetében minden szempontból a budapesti fiatalok mutatják a legkedvezőtlenebb képet. Az alkoholfogyasztás legkevésbé gyakori a falvakban, tanyákon élő tanulók körében. Ugyanakkor a lerészegedési mutatókban a megyeszékhelyen élő diákok arányszámai jóval alacsonyabbak a más méretű településeken élőkénél (11.4.2. táblázat).

A család szerkezetét kétféle kategorizálásban hasonlítottuk össze az alkoholfogyasztási jellemzőkkel. Ezek alapján egyértelmű, hogy a mindkét édesszülőjükkel együtt élő fiatalokra a legkevésbé jellemző a problémás alkoholfogyasztás, és azok rendelkeznek a legkedvezőtlenebb mutatókkal, akik egyik édesszülőjükkel sem élnek együtt. Figyelemre méltó, hogy az újrastrukturált családokban – ahol az édesszülő mellett nevelőszülő is jelen van – minden esetben kedvezőtlenebb prevalencia-értékeket láthatunk, mint az egyszülős családokban. Az édesszülők jelenlétét tekintve megállapítható, hogy az édesanya hiánya jóval kedvezőtlenebbül hat az alkoholfogyasztásra, mint az édesapáé (11.4.2. táblázat). A testvérek száma az alkoholfogyasztás gyakoriságával nem vagy csak gyenge összefüggést mutat, míg a lerészegedések gyakoriságával erősebbet (11.4.3. táblázat).

A szülők iskolai végzettsége érdekes mintázatot mutat az alkoholfogyasztással összefüggésben. Az alkohol egész addigi életre vonatkozó fogyasztási gyakorisága a tanulók körében magasabb, ha magasabb szüleik iskolai végzettsége. Az alkoholfogyasztás elmúlt havi prevalenciájával egyik szülő esetében sincs kapcsolat, míg a részegségi prevalenciák esetében megfordul a kapcsolat iránya: a gyakoribb elmúlt havi lerészegedések mindkét szülő alacsonyabb iskolai végzettségével járnak együtt (11.4.3. táblázat). Az apa munkaerőpiaci aktivitásával csak az alkoholfogyasztás életprevalenciája mutat kapcsolatot, de ez sem markáns. Az állásban dolgozó anyák gyermekeire azonban jellemző a gyakoribb alkoholfogyasztás. A részegségi mutatók az anya aktivitásával sem mutatnak összefüggést (11.4.2. táblázat).

A család jómódúsága (bizonyos vagyontárgyak megléte, száma és néhány életkörülmény-mutató alapján készített skála szerint) egyértelmű pozitív kapcsolatot mutat az alkoholfogyasztás gyakoriságával. Ugyanakkor a lerészegedések gyakoriságával jóval gyengébb – bár szignifikáns az összefüggés. A közelmúltra vonatkozó részegség-mutató pedig nincs kapcsolatban a család anyagi helyzetével (11.4.3. táblázat).

A családban a szülőkkel való kapcsolat és kommunikáció mutatói egyértelmű mintázatot rajzolnak ki: a jó kapcsolat kedvezőbb alkoholfogyasztási mutatókkal jár együtt, bármelyik változót vizsgáljuk. Minél nehezebben tudja a tanuló megbeszélni a problémáit szüleivel, annál gyakrabban fogyaszt alkoholt és jut el a részegségig (11.4.3. táblázat). A szülői monitorozás (mennyit

tudnak a gyermekük mindennapi tevékenységeiről, életéről – többtételes skála alapján) még erőteljesebb összefüggést mutat: minél inkább ismeri a szülő a gyermeke életét, társaságát, annál kedvezőbbek a gyermek alkoholfogyasztási mutatói. Az egész család támogató légköre (többtételes skálával mérve) is ezt a pozitív kapcsolatot mutatja. A korrelációs együtthatók értékei alapján úgy tűnik, hogy az anyával való kapcsolat szorosabban jár együtt az alkoholfogyasztási szokásokkal (11.4.3. táblázat).

A baráti támogatás (többtételes skálával mérve) ellenkező irányú kapcsolatban áll az alkoholfogyasztással, mint a családi támogatás: az erős baráti háló gyakoribb alkoholfogyasztással és lerészegedéssel jár együtt; bár a közelmúlt lerészegedési gyakoriságával jelen esetben nem mutatható ki kapcsolat (11.4.3. táblázat). A támogató osztályközösség (többtételes skálával mérve) azonban a barátokhoz képest ellenkező irányú összefüggésben áll az alkoholfogyasztási mutatókkal. Ugyanez jellemző a tanári támogatásra (többtételes skálával mérve), de még erőteljesebben (11.4.3. táblázat).

Az elektronikus kommunikáció előtérbe helyezése (többtételes skálával mérve, hogy könnyebben beszél-e a fiatal személyes dolgairól, érzéseiről online, mint hagyományos kommunikációs módokon) csak az elmúlt havi részegséggel mutatott kapcsolatot: minél jellemzőbb ez a fiatalra, annál kevesebbszer volt részeg (11.4.3. táblázat). Ugyanakkor a problémás közösségimédia-használat (többtételes skálával mérve, hogy okoz-e ez nehézségeket a mindennapi életvitelben, hangulati, esetleg egyéb mentális problémákat, konfliktust a fiatal környezetével) minden alkoholfogyasztási változóval pozitív kapcsolatban áll: a két problémás viselkedés együtt jár (11.4.3. táblázat).

A szerfogyasztó barátok száma mutatja a legerősebb kapcsolatot az alkoholfogyasztással a vizsgált változók közül: kiszűrve a nem és életkor hatását, a parciális korrelációs együtthatók értékei 0,275 és 0,486 között mozognak (11.4.3. táblázat). Ezen belül is az alkoholfogyasztó barátok száma jár a legszorosabban együtt az alkoholfogyasztással – nem meglepő módon.

**11.4.3. táblázat. Az alkoholfogyasztási mutatók kapcsolata társadalmi-gazdasági, társas és egyéni tényezőkkel a 2017/18-ban felmért magyar tanulók körében**

| | Parciális korrelációs együtthatók értékei | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Alkoholfogyasztás gyakorisága az élet során | Alkoholfogyasztás gyakorisága az elmúlt hónapban | Lerészegedés gyakorisága az élet során | Lerészegedés gyakorisága az elmúlt hónapban |
| **Apa iskolai végzettsége** | 0,050** | -0,025 | -0,093** | -0,081** |
| **Anya iskolai végzettsége** | 0,079** | 0,005 | -0,066** | -0,070** |
| **Családi jómódúság** | 0,141** | 0,102** | 0,039* | 0,036 |
| **Testvérek száma** | 0,006 | 0,043* | 0,055** | 0,087** |
| **Problémamegbeszélés nehézsége apával** | 0,048* | 0,009 | 0,059** | 0,016 |
| **Problémamegbeszélés nehézsége anyával** | 0,057** | 0,034 | 0,077** | 0,045** |
| **Apai monitorozás erőssége** | -0,108** | -0,074** | -0,157** | -0,099** |
| **Anyai monitorozás erőssége** | -0,138** | -0,121** | -0,164** | -0,130** |
| **Családi támogatás erőssége** | -0,076** | -0,091** | -0,118** | -0,116** |
| **Barátok támogatásának erőssége** | 0,092** | 0,043** | 0,063** | 0,027 |
| **Osztályközösség támogatásának erőssége** | -0,047* | -0,037 | -0,062** | -0,038 |
| **Tanári támogatás erőssége** | -0,136** | -0,108** | -0,137** | -0,122** |
| **Online kommunikáció preferencia** | -0,014 | -0,029 | -0,037 | -0,074** |
| **Problémás közösségi-média-használat** | 0,069** | 0,101** | 0,122** | 0,109** |
| **Cigarettázó barátok száma** | 0,309** | 0,322** | 0,411** | 0,350** |
| **Alkoholt fogyasztó barátok száma** | 0,486** | 0,418** | 0,458** | 0,353** |
| **Hetente lerészegedő barátok száma** | 0,289** | 0,403** | 0,408** | 0,428** |
| **Marihuánát fogyasztó barátok száma**[16] | 0,275** | 0,356** | 0,391** | 0,394** |
| **Élettel való elégedettség** | -0,045* | -0,034 | -0,082** | -0,059** |
| **Pszichoszomatikus tünetek gyakorisága** | 0,178** | 0,175** | 0,193** | 0,174** |
| **Depresszív hangulat** | 0,057** | 0,115** | 0,106** | 0,126** |
| **Önértékelés** | 0,001 | 0,007 | -0,044* | -0,016 |

[16] Ezt a kérdést csak a középiskolás korosztálynak tesszük fel.

Az egyéni jellemzők közül az élettel való nagyobb elégedettség (0–10-es skálán mérve) ritkább alkoholfogyasztással és még inkább ritkább lerészegedéssel jár együtt. Ugyanakkor a gyakoribb pszichoszomatikus panaszok (többféle tünet gyakoriságának összesítésével mérve) az alkoholfogyasztás enyhébb és problémásabb formáival is összefüggenek (11.4.3. táblázat). A zavart vagy depresszív hangulat is minden alkoholfogyasztási mutatóval pozitívan függ össze. Az önértékelés azonban csak az eddigi lerészegedések számával áll kapcsolatban: magasabb önértékelés kevesebb lerészegedést jelez (11.4.3. táblázat).

### 11.4.5. A magyar iskolások néhány alkoholfogyasztási mutatójában bekövetkezett változások 1985/86 és 2017/18 között – nemzetközi összehasonlítással

Az alkoholfogyasztás életprevalenciáját valamilyen módon minden felmérésben megkérdeztük, azonban az erre vonatkozó kérdés(ek) változtak a kutatás története során. A 2000-es évekig a „Kóstoltál-e már alkoholtartalmú italt?" kérdés szerepelt a kérdőívben a kötelező kérdések között. Az „igen", „nem" válaszok mellett 1993/94-ig szerepelt a „nem tudom" kategória is, majd ez 1997/98-ban kikerült a válaszlehetőségek közül. A 2001/02-es adatgyűjtéstől kezdődően az alkohol kipróbálására vonatkozóan nem volt külön kérdés a kötelező kérdéscsomagban. Az első fogyasztás életkorára vonatkozó kérdés első válaszkategóriája azonban a „soha nem fogyasztottam" volt, így ez információt szolgáltatott az életprevalenciára vonatkozóan. A 2005/06-os felméréstől kezdve a 11 és 13 éves korcsoporttól a fogyasztás kezdeti életkorát nem kérdeztük. A 2013/14-es felmérésben szerepelt utoljára kötelezőként ez a kérdés. Ugyanebben az adatgyűjtési tanévben vezettük be kötelezőként a „Hány napon (ha volt ilyen) fogyasztottál életedben alkoholt?" kérdést. Ebben a felmérési évben ezért vizsgálati csoportonként két adatot szerepeltettünk az ábrákon.

Az elemzésbe minden év adatait bevontuk, az ábrákon piros függőleges vonalak jelölik, ahol változás történt a kérdésfeltevés módjában. A statisztikai értékelésnél a százalékos arányszámok konfidencia-intervallumai összevethetők, de ezeket az eredményeket erős fenntartással kell fogadnunk. Az ábrákon * jelöli, ha két egymás utáni felmérési év között szignifikáns változás történt.

A részegség előfordulására vonatkozó kérdésünk a válaszkategóriákkal együtt változatlan és kötelező maradt a legutóbbi felmérésig.

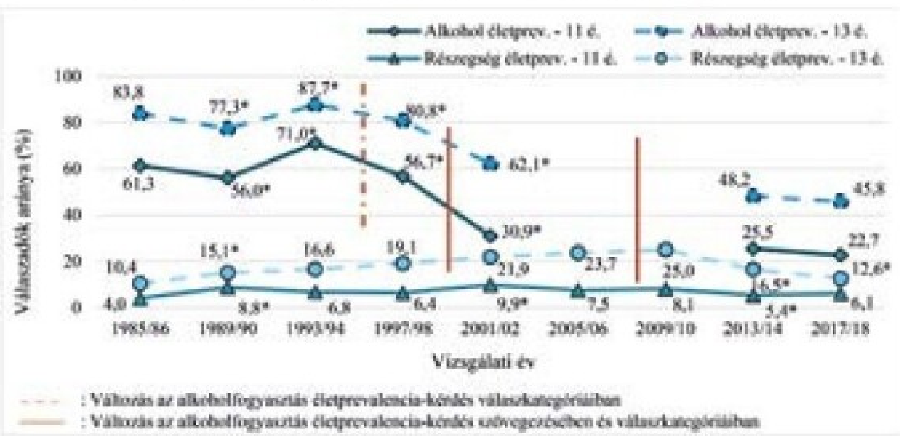
A két fiatalabb korcsoportra vonatkozó időbeli trendadatokat nemi bontás nélkül közöljük, egyrészt a szinte minden esetben igen alacsony százalékos értékek, másrészt helyhiány miatt. Az alkoholfogyasztási és részegségi élet-

prevalenciák időbeli görbéi nagyon hasonló lefutásúak a két korcsoportban (11.4.5. ábra). A 90-es évek elején jelentősebb növekedés látható az alkohol kipróbálása esetében, majd az évtized közepétől kezdve markánsan csökkenővé vált a tendencia (a kérdésváltásnál látható a legnagyobb csökkenés – ez is jelzi, hogy a kérdésfeltevés módja befolyásolhatja az adatokat). Összességében elmondható, hogy a 11 és 13 éves korcsoportban jelentősen csökkent az alkoholfogyasztás életprevalenciája a vizsgált időszakban: 90% és 70% körüli értékekről 45% és 25% közelébe.

Ugyanez nem mondható el a részegség életprevalenciájáról: az első és utolsó felmérés arányszámai nem különböznek szignifikánsan egymástól egyik korcsoportban sem: 10% és 5% körüliek (11.4.5. ábra). Ugyanakkor komoly változások történtek a vizsgált időszakban: folyamatos növekedést tapasztalhattunk a 11 éveseknél 2001/02-ig, míg a 13 éveseknél 2009/10-ig. A legmagasabb prevalencia-értékek százalékpontban másfél-kétszeresei a legutóbbi adatoknak. A két korcsoport között mindkét változó esetében minden vizsgálati évben szignifikáns a különbség.

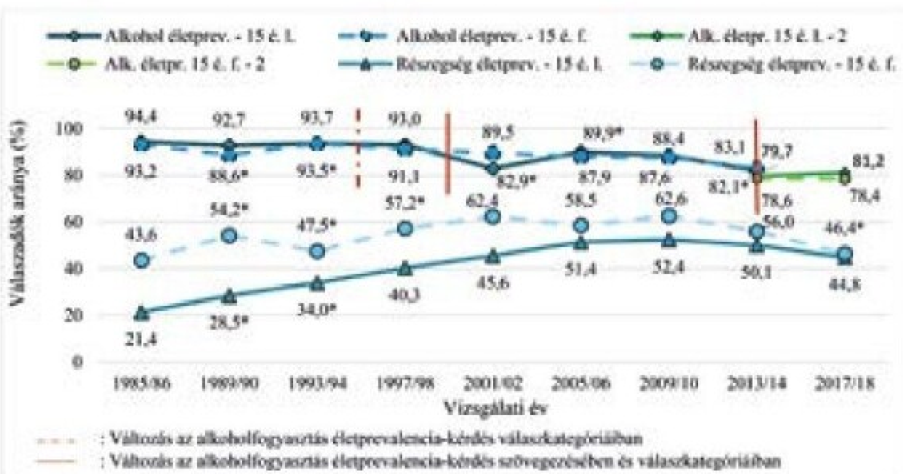
A 15 éveseknél az alkoholfogyasztás életprevalenciája szintén csökkenő tendenciát mutat a teljes időintervallumra nézve: az 1980-as évek közepe óta a 90% és 95% körüli értékek 12–15%-kal csökkentek (11.4.6. ábra). A fiúk és lányok közötti különbség szignifikáns volt 1989/90-ben és 2001/02-ben: előbb a lányok, majd a fiúk értéke volt magasabb.

**11.4.5. ábra. Az alkoholfogyasztás és a részegség életprevalenciájának változása a 11 és 13 éves magyar tanulók körében 1985/86 és 2017/18 között**



A részegség életprevalenciája azonban növekedést mutatott mindkét nem esetében 2009/10-ig (11.4.6. ábra). A fiúknál kisebb – két esetben szignifikáns – ingadozással nőttek az értékek, a lányoknál azonban folyamatosan és meredekebben, mint a fiúknál: közel 20, illetve több mint 30 százalékpontos emelkedést láthatunk, mindkét nem esetében 45% körüli értékre. Az utóbbi évtizedben a fiúknál erőteljesebb, a lányoknál enyhébb csökkenő tendenciát figyelhetünk meg. Ennek eredményeképpen a két utolsó felmérési évben eltűnt a két nem közötti szignifikáns különbség (ez igaz még 2005/06-ra is). Az első és utolsó felmérés értékei között a fiúknál nincs szignifikáns eltérés, a lányoknál azonban több mint kétszeresére növekedett az arányszám.

**11.4.6. ábra. Az alkoholfogyasztás és a részegség életprevalenciájának változása a 15 éves magyar fiúk és lányok körében 1985/86 és 2017/18 között**

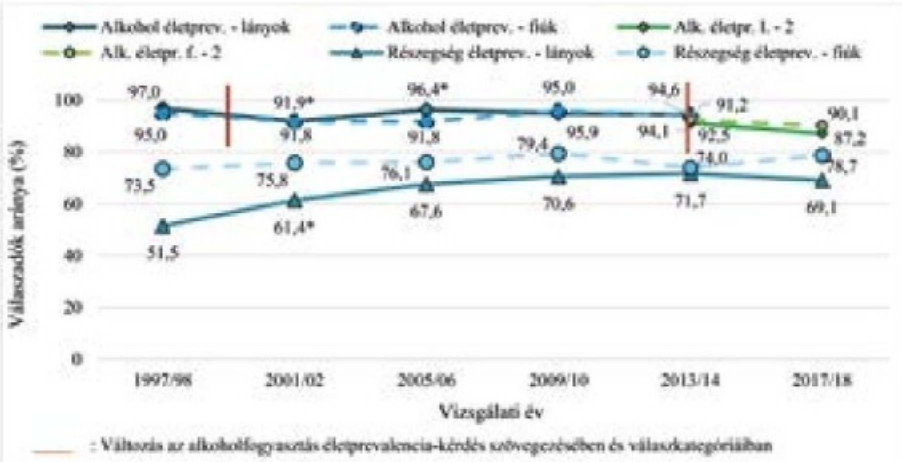



A 17 éveseknél csak az 1997/98-as felméréstől állnak rendelkezésre adatok (a korábbi magyar adatfájlok már nem érhetők el). A legidősebbeknél a 15 évesekénél kevésbé meredek, de hasonló lefutású görbéket láthatunk az alkoholfogyasztás életprevalenciájában (11.4.7. ábra). A lányoknál mintegy 10%-os csökkenés látható a teljes időintervallumban, ami szignifikáns, a fiúk 5%-os változása azonban nem. A lányok értéke 2005/06-ban szignifikánsan magasabb volt, mint a fiúké.

A részegséget tekintve a fiúknál nem történt szignifikáns változás az elmúlt 20 évben, azonban a lányoknál közel 20 százalékpontos növekedés látható (11.4.7. ábra). Igaz, náluk 2009/10 óta csökkenő a tendencia. A 2013/14-es évtől eltekintve a fiúk arányai szignifikánsan magasabbak.

Jellemző, hogy napjainkra ebben a korcsoportban a két prevalenciaérték már meglehetősen közel esik egymáshoz mindkét nem esetében.

**11.4.7. ábra. Az alkoholfogyasztás és a részegség életprevalenciájának változása a 17 éves magyar fiúk és lányok körében 1997/98 és 2017/18 között**



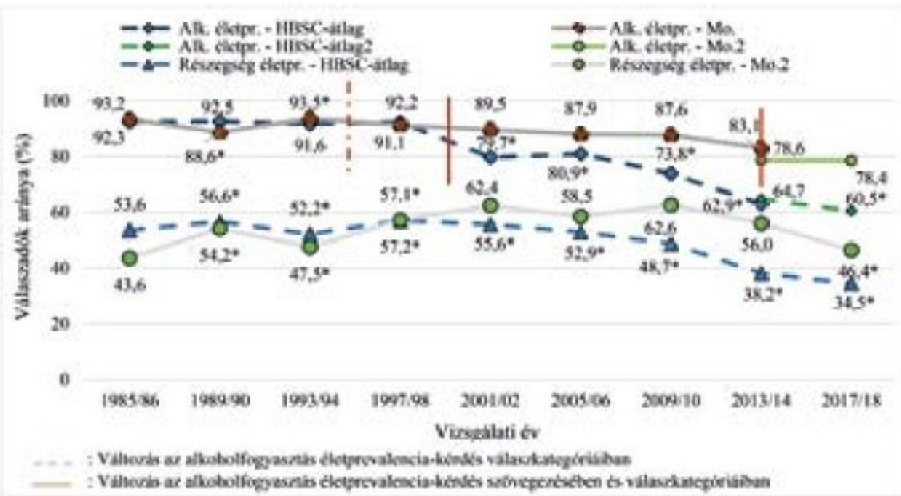

A nemzetközi átlagadatokkal való összehasonlítást a 15 éves korosztályban végeztük el. A fiúknál látható, hogy az alkoholfogyasztás életprevalencia-értékei a 2000-es évek után a teljes európai mintában jóval meredekebben kezdtek el csökkenni, mint hazánkban, innentől kezdve szignifikánsak a különbségek (11.4.8. ábra). Előtte hasonlóak voltak az átlagok: csak 1989/90-ben volt szignifikánsan alacsonyabb a magyar arányszám. A legutóbbi felméréskor már közel 20 százalékponttal magasabbak a magyar értékek a nemzetközi átlagnál.

A részegséget tekintve, a kutatás kezdetén még szignifikánsan magasabb volt a nemzetközi átlag, mint a magyar, majd az ellentétes tendencia következtében 2001/02-re megfordult a helyzet: azóta minden nemzetközi érték szignifikánsan alacsonyabb a magyarnál (11.4.8. ábra). Bár a tendencia 10 éve nálunk is hasonló, a különbség 10% fölött maradt. A nemzetközi átlagban a csökkenés igen jelentős az elmúlt 20 évben is, amikor egy-egy ország csatlakozása vagy kilépése már alig-alig befolyásolta a középértéket a nagyszámú résztvevő miatt.

A lányok esetében nagyon hasonlóak a különbségek és tendenciák a fiúknál leírtakhoz (11.4.9. ábra). A részegségi adatoknál a görbék átkereszteződése két felméréssel később történt meg, mint a fiúknál: a magyar lányok adatai 2009/10 óta szignifikánsan kedvezőtlenebbek a nemzetközi átlagnál.

A nemzetközi értékek a lányok esetében is szignifikánsan csökkentek az 1980-as évek közepe óta mindkét változót tekintve: az alkoholfogyasztás esetében közel 35, a részegség esetében mintegy 13 százalékponttal (11.4.9. ábra).

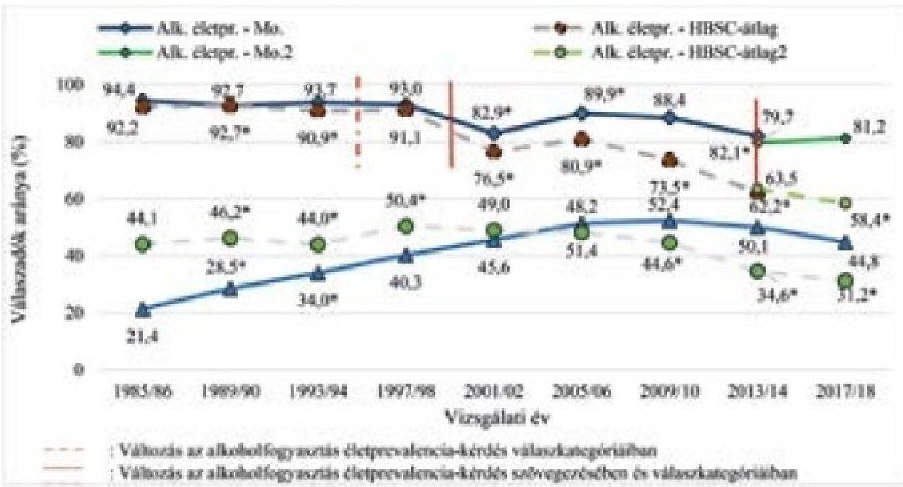
**11.4.8. ábra. Az alkoholfogyasztás és a részegség életprevalenciájának változása a 15 éves fiúk magyar és teljes nemzetközi mintájában[17] 1985/86 és 2017/18 között**




[17] Az egyes években nem minden tagország teljesítette úgy a felmérést, hogy a nemzetközi adatbázisba bekerüljenek az adatai. A feldolgozott adatok a következő országokból származnak.

1985/86-ban: Belgium, Finnország, Magyarország, Nagy-Britannia, Norvégia, Svájc, Svédország (7); 1989/90-ben: az előbbiek mellett (kivéve Svájcot) Ausztria, Kanada, Lengyelország, Lettország, Skócia, Wales (Nagy-Britannia helyett) (11); 1993/94-ben: a korábbiak mellett Csehország, Dánia, Észak-Írország, Észtország, Flamand-Belgium, Vallon-Belgium (Belgium helyett), Franciaország, Grönland, Izrael, Litvánia, Németország, Oroszország, Szlovákia, Spanyolország (24); 1997/98-ban: a korábbiak mellett (kivéve Spanyolországot): Anglia, Görögország, Írország, Portugália, Svájc, USA (29); 2001/02-ben: a korábbiak mellett (kivéve Észak-Írországot és Szlovákiát) Hollandia, Horvátország, Macedónia, Málta, Olaszország, Spanyolország, Szlovénia, Ukrajna (35); 2005/06-ban: a korábbiak mellett Bulgária, Izland, Luxemburg, Románia, Szlovákia, Törökország (41); 2010/11-ben: a korábbiak mellett (kivéve Bulgáriát és Máltát) Örményország (40); 2013/14-ben a korábbiak mellett (kivéve Törökországot és az USA-t) Albánia, Bulgária, Málta, Moldávia (42); 2017/18-ban a korábbiak mellett Azerbajdzsán, Grúzia, Kazahsztán, Szerbia, Törökország (47).

**11.4.9. ábra. Az alkoholfogyasztás és a részegség életprevalenciájának változása a 15 éves lányok magyar és teljes nemzetközi mintájában 1985/86 és 2017/18 között**



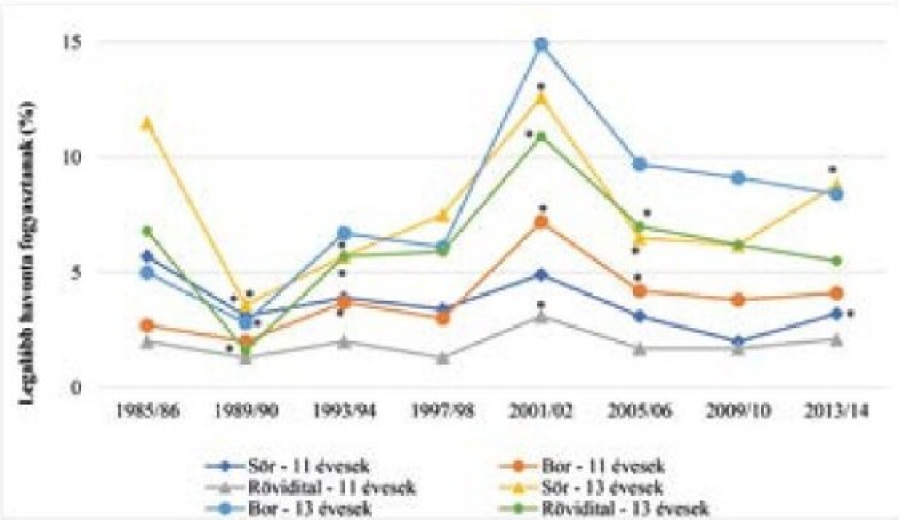

A többféle alkohol fogyasztási gyakoriságának vizsgálata a kötelező témák között szerepelt a 2013/14-es felmérésig, és az ezekre vonatkozó kérdések változatlan formában szerepeltek. A legutóbbi felmérésben kikerültek a kötelező kérdéscsoportból, Magyarországon sem kérdeztük. Az italfajták között három van, amelyek a kezdetek óta szerepeltek a kérdőívekben: a sör, a bor és a röviditalok. Ezekre vonatkozóan mutatjuk be a trendadatokat. A következő ábrákon fogyasztási arányszámokat nem tüntettünk fel, mert áttekinthetetlenné válnának a diagramok a számos görbe miatt. A szignifikáns különbségeket azonban ezeken is jeleztük (*).

A 11 és 13 éveseknél mindhárom alkoholfajta fogyasztási gyakorisága hasonló görbét ír le; az idősebbeknél markánsabb változások figyelhetők meg (11.4.10. ábra). A 13 éveseknél és a 11 évesek esetében a sörfogyasztásban az 1985/86-os értékekről igen jelentős csökkenés történt, ezt követően pedig fokozatosan növekedett az adott italfajtát legalább havonta fogyasztók aránya. Az ezredfordulón minden ital és mindkét csoport esetében szignifikáns – a 13 éveseknél különösen meredek – emelkedés látható, majd a következő felmérésig hasonlóan meredek csökkenés történt a fogyasztási arányokban. Ezt követően a tendencia inkább stagnálónak mondható, a 13 évesek sörfogyasztását kivéve.

A kezdeti magas értékekhez képest szignifikáns változás a vizsgált időintervallum végén két esetben látható: a 11 évesek körében csökkent a sör-, a 13 évesek között pedig nőtt a borfogyasztók aránya. Az 1989/90-es év kivételével

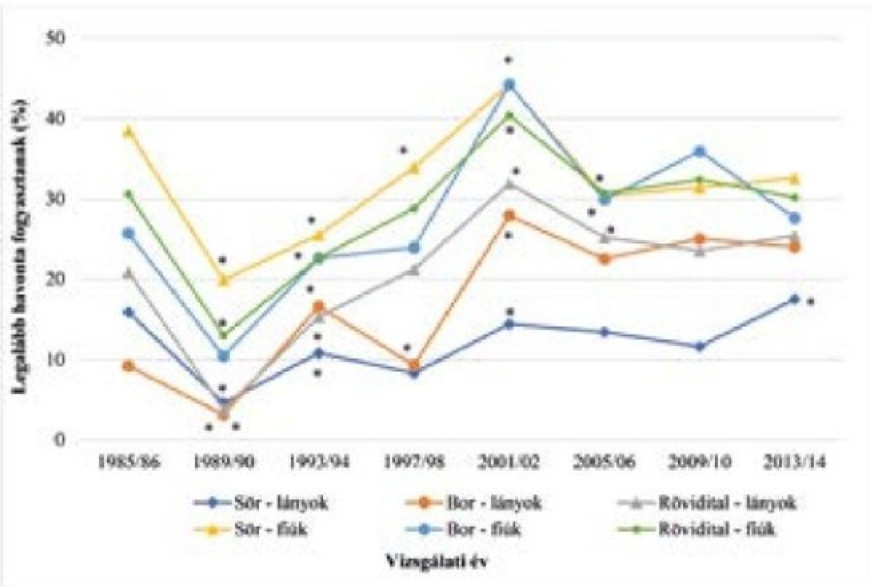
a 13 évesek arányai minden esetben szignifikánsan magasabbak a fiatalabbakénál. Az egyes italfajták legalább havi rendszerességű fogyasztása a 13 évesek 5–10%-ára, míg a 11 évesek 2–4%-ára volt jellemző a 2010-es évek közepén.

**11.4.10. ábra. Különböző alkoholfajták legalább havi gyakorisággal történő fogyasztásának változása a 11 és 13 éves magyar tanulók körében 1985/86 és 2013/14 között**



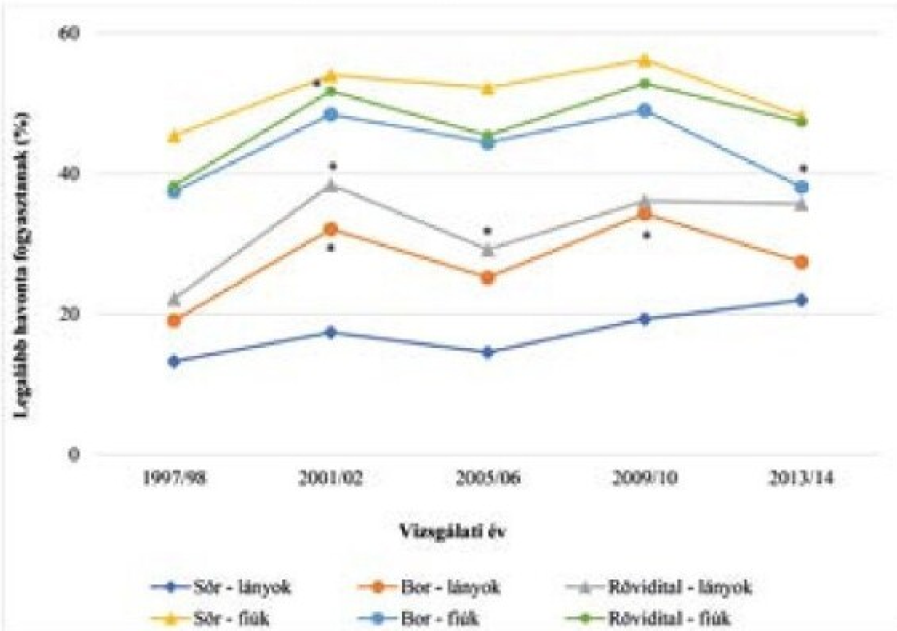

A 15 éveseknél is hasonló alakúak a görbék a fentiekben ismertetettekhez, kivéve a lányok sörfogyasztásának alakulását (11.4.11. ábra). A 15 éveseknél jellemző még, hogy a 2001/02-es kiugróan magas értékek után nem volt anynyira meredek a csökkenés, mint a fiatalabbaknál. A lányoknál összességében véve szignifikánsan – mintegy 15%-kal – növekedett a havi rendszerességgel bort fogyasztók aránya: a többi esetben nincs szignifikáns eltérés az 1985/86-os és 2013/14-es adatok között. A sör- és borfogyasztási adatok esetében a fiúk értékei minden évben szignifikánsan magasabbak a lányokéinál, kivéve a 2013/14-es borfogyasztási adatokat (11.4.11. ábra). A röviditalok esetében a fiúk arányai magasabbak, kivéve az 1997/98-as, a 2005/06-os és a 2013/14-es éveket. A nemek közötti különbségek látványosan csökkentek az időszak végére: a fiúk fogyasztási arányai 30% körüliek, a lányoknál a bor és a röviditalok esetében 25% körüliek az arányszámok.

**11.4.11. ábra. Különböző alkoholfajták legalább havi gyakorisággal történő fogyasztásának változása a 15 éves magyar fiúk és lányok körében 1985/86 és 2013/14 között**



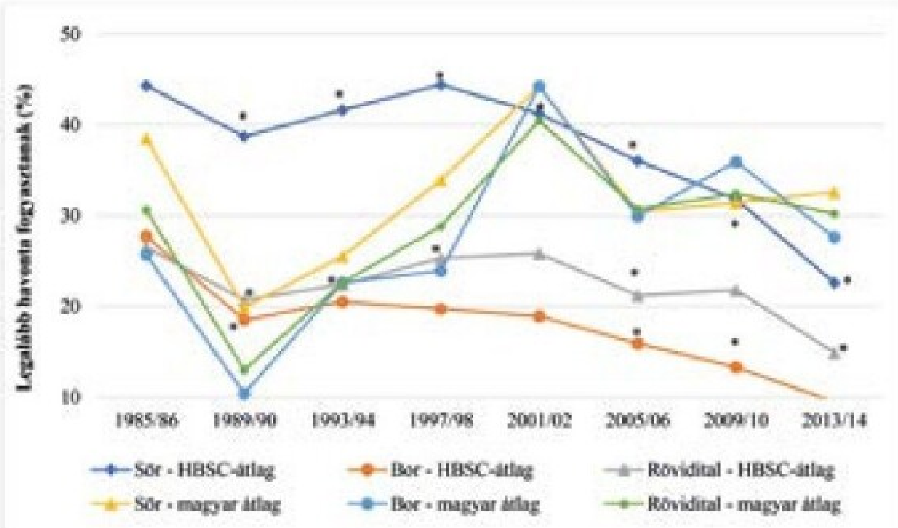

A 17 éveseknél szintén megfigyelhető növekedés a 2000-es évek fordulóján, de korántsem olyan markáns (és nem minden esetben szignifikáns), mint a fiatalabb korcsoportoknál (11.4.12. ábra). Ezt követően csak a lányok rövidital-fogyasztásában történt szignifikáns csökkenés, a többi esetben inkább stagnáló a tendencia, és ez jellemző a teljes további időszakra. A lányoknál a sör- és rövidital-fogyasztásában történt szignifikáns növekedés 1997/98 óta, az összes többi esetben nem. A nemek közötti különbségek ez esetben is csökkentek a 2010-es évek közepére, bár a legutóbbi rövidital-fogyasztási arányokat kivéve minden évben szignifikánsan magasabbak maradtak a fiúk értékei. A lányoknál a fogyasztási arányok 22-35% közé, a fiúknál 38-48% közé estek a legutóbbi felméréskor (11.4.12.ábra).

**11.4.12. ábra. Különböző alkoholfajták legalább havi gyakorisággal történő fogyasztásának változása a 17 éves magyar fiúk és lányok körében 1997/98 és 2013/14 között**

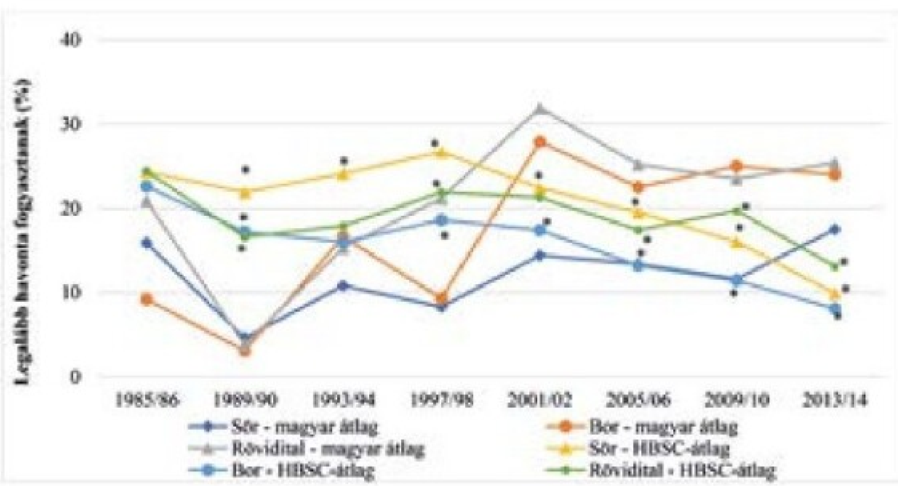



A 15 éves fiúknál összehasonlítva a nemzetközi és a hazai átlagokat, az 1980-as évek közepén még közelebb álltak egymáshoz, mint a 2010-es évek közepén (11.4.13. ábra). Látható, hogy az ezredfordulóig ellentétes tendencia jellemezte a kétféle csoport középértékeinek alakulását. A hazai fordulópont idején volt a legnagyobb az eltérés a kétféle arányszám között. A 2001/02-es felmérés óta a hazai eredményeket hullámzóan, míg a nemzetközieket egyenletesen csökkenő tendencia jellemzi. A sörfogyasztást kivéve az utóbbi 15 évben a magyar adatok szignifikánsan kedvezőtlenebbek a nemzetközieknél (ezek 10–25% közötti átlagok 2013/14-ben).

**11.4.13. ábra. Különböző alkoholfajták legalább havi gyakorisággal történő fogyasztásának változása a 15 éves fiúk magyar és teljes nemzetközi mintájában 1985/86 és 2013/14 között**




**11.4.14. ábra. Különböző alkoholfajták legalább havi gyakorisággal történő fogyasztásának változása a 15 éves lányok magyar és teljes nemzetközi mintájában 1985/86 és 2013/14 között**



A 15 éves lányokat tekintve az arányszámok alkotta görbék kevésbé különülnek el a magyar és a nemzetközi minták mentén, mint a fiúknál (11.4.14. ábra). A nemzetközi adatoknál itt is megfigyelhető 1997/98 után az egyenletes csökkenés (egy kiugrástól eltekintve a röviditalfogyasztásban). Illetve ugyanettől az évtől markánsan eltér a magyar és nemzetközi átlagértékek változásainak iránya. E folyamatok eredményeként az 1980-as években még szignifikánsan magasabb nemzetközi átlagértékek a 2010-es évek közepére már szignifikánsan alacsonyabbak lettek a magyar arányszámoknál. A nemzetközi átlagok mindhárom italfajta esetében összességében szignifikánsan csökkentek a vizsgált időszakban 8–13% körüli értékekre (11.4.14. ábra).

### 11.4.6. Összefoglalás, következtetések

Az alkoholtartalmú italok fogyasztása, legalább kipróbálás szintjén a magyar tizenévesek többségére jellemző. Már a 11 évesek közül is minden negyedik kóstolt alkoholt életében, és minden tizedik az elmúlt hónapban is, míg a 17 évesek esetében tíz tanulóból kilencről mondható ez el a teljes eddigi életére vonatkozóan, és több mint hétről a kérdezést megelőző hónapot illetően.

A problémás alkoholfogyasztás jele lehet a lerészegedés előfordulása. Ez a 11–17 évesek között átlagosan tízből már több mint három tanulót érint. Nagyok az életkori eltérések: a 11 éveseknél a 10%-ot sem éri el ez az arány, míg a 17 éveseknek 75%-a már megtapasztalta ezt. A részegség havi prevalencia-értéke átlagosan minden ötödik fiatalra jellemző a teljes mintát illetően; a legfiatalabbaknál szerencsére elenyésző, míg a 7. évfolyamon a tanulók több mint 5%-át érinti. A középiskolások körében a fiatalabbak közül minden negyedik, míg a 17 évesek közül tízből több mint három számolt be ilyen eseményről.

A szélsőséges alkoholfogyasztás (az elmúlt hónapban több mint tíz alkalom és/vagy az elmúlt hónapban legalább két lerészegedés) az 5. évfolyamosoknak csak kevesebb mint 1%-ára jellemző, míg a legidősebbeknél az elmúlt hónapban legalább 10 napon történt alkoholfogyasztás a tanulók 10%-áról mondható el, ugyanakkor közel 20%-uk legalább kétszer berúgott. Hasonló különbséget láthatunk kisebb arányszámok mellett a 9.-esek körében is. Ezek az adatok arra utalnak, hogy a gyakori alkoholfogyasztás kevésbé jellemző, mint az egy alkalommal olyan mennyiségű ital elfogyasztása, amely lerészegedést eredményez.

Mind az alkoholfogyasztási, mind a részegségi prevalenciák kedvező tendenciát jeleznek a legutóbbi felmérésben tapasztaltakhoz képest (Arnold, 2016). Az alkoholfogyasztás és a lerészegedés életprevalenciáiról rendelkezés-

re állnak adatok a HBSC-kutatás teljes időtartamáról. Ezek 35 év távlatában az alkoholfogyasztás életprevalenciájának csökkenését mutatják minden korosztályban, de elsősorban a fiatalabb, általános iskolás korcsoportokban. Ez a kedvező eredmény arra is utal, hogy az alkohol első fogyasztásának életkora átlagosan valószínűleg későbbre tolódott a vizsgált időszakban.

A hosszú távú részegség életprevalencia-átlagok már korántsem mutatnak ilyen pozitív képet. A legfiatalabbaknál ugyan láthatunk szignifikáns változásokat, de ezek az igen alacsony arányok miatt legfeljebb néhány százalékos elmozdulásokat jelentettek, és a vizsgált intervallum kezdete és vége között nincs szignifikáns eltérés. A legidősebb fiúknál pedig egyáltalán nem történt szignifikáns elmozdulás az 1980-as évek közepe óta. A többi korcsoportban kifejezetten kedvezőtlen változások történtek a 2010-es évekig. Ezt követően láthatunk egy lassan javuló tendenciát. Ez a fiúknál visszatérést jelent a 80-as évek értékeihez, míg a lányoknál igen jelentősen magasabbak a mai értékek az első adatoknál.

A nemi és életkori mintázódások jellegzetesek és ismertek: az idősebb korosztályokat egyrészt egyre kedvezőtlenebb mutatók jellemzik, másrészt ezen belül jelentős, nagyobb ugrás látható az általános és középiskolás korcsoportok között. A nemi különbségeket illetően elmondható, hogy ezek markánsabbak az általános iskolások körében, a fiúk kedvezőtlenebb mutatóival. A középiskolában már jóval kisebbek vagy teljesen el is tűntek ezek a különbségek. A részegség életprevalencia-trendvonalai egyértelműen kirajzolják, hogy a lányok arányszámai összességében kedvezőtlenebbül alakultak, mint a fiúké, ugyanis inkább ők „zárkóztak fel" a fiúkhoz, mintsem utóbbiak mutatói javultak volna fel a lányok korábbi jobb adataihoz.

Figyelemre méltó az is, hogy a legidősebb korosztály alkohol és részegség életprevalencia-adatai sokkal közelebb állnak egymáshoz, mint a fiatalabbaké. Ez arra utalhat, hogy a felnőttkor küszöbén az alkoholt már fogyasztó fiatalok zöme nem állt meg a mérsékelt fogyasztásnál, és volt már életében legalább egy szélsőséges alkoholfogyasztási esemény. Mindez két ellentétes tendencia következtében alakult ki napjainkra: az alkohol kipróbálási aránya csökkent, de a részegségek előfordulási aránya nőtt. Ez tehát a fiatalok alkoholfogyasztási szokásainak átstrukturálódására utalhat.

A 2017/18-as magyar adatok a kedvező tendencia ellenére messze rosszabbak a nemzetközi átlagoknál, bármely mutatót nézzük bármely korosztálynál és nemnél (Inchley és mtsai, 2020b). Az alkoholfogyasztási életprevalenciákat tekintve 3–6. helyen állunk az országok sorrendjében. A részegségi arányszámok némileg kedvezőbbek. A hazai és nemzetközi időbeli trendeket összehasonlítva megállapíthatjuk, hogy a 2010-es évekig ellenkező irányú tendenciákat

láthattunk; és bár az utóbbi évtizedben a magyar adatok is általában kedvező változásokat mutatnak, a pozitív változások nemzetközi szinten kedvezőbbek, így több tekintetben az abszolút javulás ellenére relatíve rosszabbnak láthatjuk a magyar arányszámokat nemzetközi környezetben a legutóbbi két felmérés eredményei szerint is (Inchley és mtsai, 2016; Inchley és mtsai, 2020b).

A legutóbbi felmérést kivéve nemzetközi szinten folyamatosan monitoroztuk a sör, a bor és a röviditalok (égetett szeszes italok) fogyasztási gyakoriságát is. A hazai trendek az ezredfordulóig igen kedvezőtlenül alakultak mindhárom italfajtát tekintve, mindkét nemnél, minden korcsoportban. A 11 évesek körében ekkor a bort legalább havonta fogyasztók aránya elérte a 7%-ot, a 13 évesek között a 15%-ot, a 15 évesek körében a 35%-ot, mint leggyakrabban fogyasztott italfajta. A legidősebbeket nézve, a fiúknál a sör volt a legnépszerűbb (50% fölötti aránnyal a legalább havonta fogyasztókat tekintve az évezred első évtizedében), míg a lányoknál sajnálatos módon a röviditalok (30-40% közötti értékekkel a legalább havonta fogyasztók arányát figyelembe véve 2001/02 és 2013/14 között).

Az ezredfordulón ezek a rendkívül sajnálatos trendek a három fiatalabb korosztályban megfordultak hazánkban, de 2005/06 óta határozottan javuló tendencia nem figyelhető meg, inkább stagnálás jellemző. Ugyanakkor a nemzetközi arányszámok 1997/98 óta lassú, de határozott és folyamatos javulást mutatnak, így a 20. század végén jellemző, a nemzetközi átlaghoz hasonló vagy annál kedvezőbb magyar arányszámok ma már szignifikánsan rosszabbak a nemzetközi középértékeknél.

A szerfogyasztást, ezen belül az alkoholfogyasztást sokféle környezeti és egyéni tényező befolyásolja, illetve sokféle tényezővel mutatható ki együttjárás, amelyek egy része oksági kapcsolat. A társadalmi-gazdasági háttérváltozók közül számosat megvizsgáltunk e tekintetben. Az iskola, ahova a fiatal jár, meghatározó jelentőségű több szempontból is. A képzéstípus érdekes összefüggést mutatott a különböző alkoholfogyasztási változókkal: a nem szélsőséges alkoholfogyasztás jellemzőbb az érettségit adó iskolákba járó diákokra, míg a lerészegedés nagyobb arányban jellemző a szakiskolákban tanulókra, így ez a csoport tűnik veszélyeztetettebbnek ebből a szempontból. Az iskola fenntartóját tekintve egyértelmű, hogy a legkedvezőbb mutatói az egyházi iskolákba járóknak, a legkedvezőtlenebbek pedig a nem egyházi és nem állami, azaz alternatív iskolákba járóknak van. Az iskola légkörére utaló osztálytársi közösséget és a tanárok támogatását jellemző mutatók a nagyobb támogatással alacsonyabb alkoholfogyasztási és lerészegedési arányokat jeleztek.

A településtípust (méretet) figyelembe véve elmondható, hogy minden szempontból a fővárosi környezet a leginkább kedvező az alkoholfogyasztás-

ra. A részegségi mutatókat tekintve a megyeszékhelyek mutatkoznak a leginkább preventív lakóhelynek.

A család sok jellemzőjét megvizsgáltuk az alkoholfogyasztással összefüggésben. Egyértelmű, hogy a teljes család (ahol mindkét édesszülő jelen van) lehet a legkedvezőbb társas környezet a problémás alkoholfogyasztás megelőzése szempontjából. Fontos megfigyelés, hogy az újrastrukturált, mozaikcsaládban élő gyermekek (ahol nevelőszülő is jelen van) alkoholfogyasztási mutatói kedvezőtlenebbek az egyszülős családokban élőkénél. Ha valamelyik édesszülő hiányzik, akkor az anya hiányát jobban megsínyli a gyermek az alkoholfogyasztásnak való kitettség szempontjából. A testvérek száma a jelenlegi alkoholfogyasztási (elmúlt 30 nap) és mindkét részegségi mutatóval pozitív kapcsolatot mutat: úgy tűnik, a nagyobb testvérszám kedvezőtlen hatású.

Mind a szülők iskolai végzettsége, mind munkaerőpiaci aktivitásuk (különösen az anyáé), mind a család anyagi helyzete pozitív kapcsolatban áll az alkoholfogyasztási változókkal, és ellentétes irányú vagy nincs összefüggésben a részegségi mutatókkal. Mindezek arra utalnak, hogy a mérsékelt, többségében valószínűleg alkalomszerű és esetleg a család által kontrollált, jobb minőségű alkoholfogyasztás a jobb módú családok gyermekeire jellemző. Az iskolatípussal való összefüggés is ebbe a képbe illik bele, ugyanis az érettségit adó iskolákba a jobb anyagi helyzetű családok gyermekei járnak. A család társadalmi-gazdasági helyzete és a szerfogyasztás kapcsolata ugyanakkor bonyolult, mert többek között hat rá a szélesebb, makroökonómiai környezet, a társadalmi berendezkedés, szerepek stb. (Gomes de Matos és mtsai, 2017) income inequality and per capita alcohol consumption. Multilevel modelling was applied. Results. Across countries, lifetime use was lower in wealthy than in less wealthy families (odds ratio [OR](girls.

A családok szintén fontos jellemzője a családi kommunikáció minősége. Ha mindkét szülővel, de különösen az anyával, nehézségek adódnak a kommunikációban, az együtt jár a gyakoribb alkoholfogyasztással és még inkább a gyakoribb lerészegedéssel. Markánsan megmutatkozott az az összefüggés is mindkét szülő esetében, hogy ha a szülő figyel a gyermekére, tud a mindennapi dolgairól, hogy mit csinál és kikkel van kapcsolatban, az minden vizsgált aspektusból ritkább, kedvezőbb alkoholfogyasztással jár együtt. Mindez nemcsak a figyelemre és kontrollra igaz, hanem a családi támogatás észlelésére is. Ugyanakkor a barátok támogatása ellentétes irányú kapcsolatot mutat az alkoholfogyasztással; igaz, ez nem mutatható ki a részegség havi prevalenciájával. Ez mutatja a kortárs hatás jelentőségét a kamaszok életében: a barátok, kortársak nyilvánvalóan az élménykereső, kockázatvállaló vonását, megnyilvánulásait erősítik, segítik kibontakozni a kamasznak. Ehhez kapcsolódóan

a szerfogyasztó barátok számát mutató változók mutatják a legszorosabb kapcsolatot a fiatalok alkoholfogyasztásával. Tehát a kortárs hatás szerepe rendkívül meghatározó.

Érdekes itt fölidézni, hogy az osztályközösség ellentétes viszonyban áll az alkoholfogyasztással a baráti közösséghez képest. Talán a felnőttel által felügyelt iskolai környezet lehet a magyarázata, hogy ez a kortárs közösség, ha jól működik, pozitív hatással lehet a szerfogyasztásra.

Napjainkban már megkerülhetetlen téma, ha kamaszokról van szó, az online jelenlét, a különféle elektronikus kommunikációs formák használata és ezek hatása a fiatalok életére. Jelen esetben az online kommunikáció előtérbe helyezését mérő skála, illetve egy, a problémás internet- (közösségi média-) használatot mérő kérdéssor segítségével néztük meg a digitális lét és az alkoholfogyasztás összefüggését. Az online kommunikáció preferenciája csak a részegség havi prevalenciájával mutatott kapcsolatot, mégpedig ellentéteset. Ez azt jelenti, hogy ha kisebb szerepe van a fiatal életében az online kommunikációnak, akkor nagyobb az esély a lerészegedésre. A problémás közösségioldal-használat jóval markánsabb összefüggést mutatott: mind a négy vizsgált alkoholfogyasztási változóval pozitív kapcsolatban áll, és erősebben a részegségi mutatókkal. Tehát ha probléma van az egyik viselkedésben az együtt járhat más problémás viselkedéssel. Ezek az eredmények összhangban vannak más kutatások eredményeivel, miszerint ez esetben is a szélsőség felé hajló, addiktív viselkedések halmozódhatnak, erősíthetik egymást (Romer–Moreno, 2017)

Az alkoholfogyasztás és általában a szerfogyasztás kapcsolata a jólléttel és mentális egészséggel régóta ismert (Johannessen és mtsai, 2017; Mason–Spoth, 2011) A mi eredményeink is azt mutatták, hogy az alacsonyabb élettel való elégedettség, a zavart hangulat és különféle pszichoszomatikus tünetek (pl. fejfájás, fáradtság, ingerlékenység) gyakori előfordulása az alkoholfogyasztás minden vizsgált formájával pozitív korrelációt mutatott, ami egybevág a szakirodalmi adatokkal. Az önértékelés azonban csak a részegség életprevalenciájával mutatott nem túl erős negatív kapcsolatot. Valóban, az önértékelés és az én-hatékonyság olyan összetett személyiségjellemző, melynek különböző területei (pl. szociális önértékelés, érzelmi én-hatékonyság) különböző mértékű és irányú viszonyban vannak az alkoholfogyasztással (McKay és mtsai, 2012), ezért egy globális mutatóval nem feltétlenül rajzolódik ki egyértelmű összefüggés.

Jelen fejezetben bemutattuk a 11–17 éves serdülőkorú magyar és európai lakosság körében legelterjedtebben használt pszichoaktív szer, az alkohol fogyasztásának számos jellegzetességét, nemek, életkorok és idő szerinti változatosságát. Az eredmények részben biztatóak, hiszen több kedvező tendencia

megfigyelhető, de az egészségfejlesztésnek, egészségnevelésnek még mindig bőven akad tennivalója az egyenlőlenségek csökkentése, illetve jó irányba való csökkentése terén. Ebben a tanulmányban a kamaszok alkoholfogyasztásának csak néhány aspektusát tudtuk megvizsgálni, de már ezek alapján is kirajzolódik a kép, hogy az alkoholfogyasztási szokások folyamatosan változóban vannak, ezért további vizsgálatuk szükséges. A HBSC-kutatás a serdülők életmódját a maga teljességében kívánja vizsgálni, ezért egy-egy területet nem tud teljes mélységében megismerni, de az összefüggésekre koncentrálva fontos ismereteket tár fel az egészségfejlesztési, prevenciós és intervenciós munkák elősegítésére. Egy-egy felmérés kutatási jelentésébe csak a legalapvetőbb adatok kerülhetnek be, de a kutatócsoport időről időre tematikus kiadványokban részletesebben is foglalkozik egy problémakörrel, legutóbb éppen a serdülők alkoholfogyasztásával (Inchley és mtsai, 2018), mely igen sok további fontos adatot mutat be és értelmez.

## HIVATKOZÁSOK

Arnold P. (2016). Alkoholfogyasztási szokások. In Á. Németh – A. Költő (szerk.): *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. 58–72.

Aszmann A. (szerk.) (2003). *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Az Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat „Nemzeti Jelentés" 2002*. Budapest, Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Aszmann A. – Németh Á. (2000). *Fiatalok egészségi állapota és egészségmagatartása. Az 1997/98-as HBSC felmérés nemzetközi jelentésének magyar adaptációja*. Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.

Currie, C., Griebler, R. – Inchley, J. – Theunissen, A. – Molcho, M. – Samdal, O. – Dür, W. (eds.) (2010). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol. Background, Methodology and Mandatory Items for the 2009/10 Survey*. St. Andrews, Child and Adolescent Health Research Unit, University of St. Andrews. https://drive.google.com/file/d/0B1Zk_rFSVsyDTXh3TkhZOUJZYU0/view

Currie, C. – Hurrelmann, K. – Settertobulte, W. – Smith, R. – Todd, J. (eds.) (2000). *Health and Health Behaviour among Young People. Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC) International Report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/119571/E67880.pdf

Currie, C. – Inchley, J. – Molcho, M. – Lenzi, M. – Veselska, Z. – Wild, F. (eds.) (2014). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol. Background, Methodology and Mandatory Items for the 2013/14 Survey.* St. Andrews, Child and Adolescent Health Research Unit, University of St. Andrews. https://drive.google.com/file/d/1FZ8c2Xa_FcZ5Yx5gPXkPtlbV545NKhnx/view

Currie, C. – Nic Gabhainn, S. – Godeau, E. – Roberts, C. – Smith, R. – Currie, D. – Pickett, W. – Richter, M. – Morgan, A. – Barnekow, V. (eds.) (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/06 Survey.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf

Currie, C. – Roberts, C. – Morgan, A. – Smith, R. – Settertobulte, W. – Samdal, O. – Barnekow Rasmussen, V. (eds.) (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. www.euro.who.int

Currie, C. – Zanotti, C. – Morgan, A. – Currie, D. – de Looze, M. – Roberts, C. – Samdal, O. – Smith, O. R. F. – Barnekow, V. (eds.) (2012). *Social determinants of health and well-being among young people.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf?ua=1

Gomes de Matos, E. – Kraus, L. – Hannemann, T.-V. – Soellner, R. – Piontek, D. (2017). Cross-cultural variation in the association between family's socioeconomic status and adolescent alcohol use. *Drug and Alcohol Review,* 36 (6), 797–804. https://doi.org/10.1111/dar.12569

Inchley, Jo, Currie, D. – Budisavljevic, S. – Torsheim, T. – Jåstad, A. – Cosma, A. – Kelly, C. – Már Arnarsson, Á. (eds.) (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being survey in Europe and Canada International report.* Volume 1. *Key findings.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf

Inchley, J. – Currie, D. – Vieno, A. – Torsheim, T. – Ferreira-Borges, C. – Weber, M. M. – Barnekow, V. – Breda, J. (2018). *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO.* http://www.euro.who.int/pubrequest

Inchley, J. – Currie, D. – Young, T. – Samdal, O. – Torsheim, T. – Augustson, L. – Mathison, F. – Aleman-Diaz, A. – Molcho, M. – Weber, M. – Barnekow, V. (eds.) (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf

Inchley, J. – Currie, D. – Budisavljevic, S. – Torsheim, T. – Jåstad, A. – Cosma, A. – Kelly, C. – Már Arnarsson, Á. – Samdal, O. (eds.) (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report.* Volume 2. *Key data.* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/spotlight-on-adolescent-health-and-well-being.-findings-from-the-20172018-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-survey-in-europe-and-canada.-international-report.-volume-2.-key-data

Inchley, J. – Currie, D. – Cosma, A. – Samdal, O. (eds.) (2018). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol. Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey.* St. Andrews: Child and Adolescent Health Research Unit, University of St. Andrews. https://drive.google.com/file/d/14DeE-WLMwnI-TbwTeYdoNKviRsJz7bluU/view

Johannessen, E. L. – Andersson, H. W. – Bjørngaard, J. H. – Pape, K. (2017). Anxiety and depression symptoms and alcohol use among adolescents – a cross sectional study of Norwegian secondary school students. *BMC Public Health*, 17 (1), 494. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4389-2

King, A. – Wold, B. – Tudor-Smith, C. – Harel, Y. (eds.) (1996). *The Health of Youth: A Cross-National Survey.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. http://www.hbsc.org/documents/The Health of Youth A cross-national survey.pdf

Mason, W. A. – Spoth, R. L. (2011). *Longitudinal Associations of Alcohol Involvement with Subjective Well-Being in Adolescence and Prediction to Alcohol Problems in Early Adulthood.* https://doi.org/10.1007/s10964-011-9632-z

McKay, M. T. – Sumnall, H. R. – Cole, J. C. – Percy, A. (2012). Self-esteem and self-efficacy: Associations with alcohol consumption in a sample of adolescents in Northern Ireland. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19 (1), 72–80. https://doi.org/10.3109/09687637.2011.579585

Németh Á. (szerk.) (2007). *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésû, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése.* Budapest, Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Németh Á. – Költő A. (szerk.) (2011). *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés.* Budapest, Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Németh Á. – Költő A. (szerk.) (2016). Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. *Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi fel-*

*méréséről készült nemzeti jelentés*. Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. https://mek.oszk.hu/16100/16119/16119.pdf

Németh Á. – Várnai D. (szerk.) (2019). *Kamaszéletmód Magyarországon. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2018. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Budapest: L'Harmattan.

Romer, D. – Moreno, M. (2017). Digital media and risks for adolescent substance abuse and problematic gambling. *Pediatrics*, 140 (Supplement 2), 102–106. https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758L

Wold, B. – Aarø, L. E. (eds.) (1990). *Health Behaviour in School-aged Children. A WHO Cross-National Survey. Summary of publications from the First Survey (1983–84) and the Second Survey (1985–86).* https://drive.google.com/file/d/0B-1Zk_rFSVsyDeXhtcE5Xdl9uU0lBeDFaM09XbWRMUUNRMElV/view

## 11.5. AZ ÖNBEVALLÁSOS KUTATÁSOK EREDMÉNYEINEK ÖSSZEFOGLALÁSA

(Elekes Zsuzsanna)

Az OLAAP 2019. évi eredményei szerint a felnőtt népesség 70,4%-a fogyasztott alkoholt a kérdezést megelőző évben. Az előző havi fogyasztók aránya 52%, napi rendszerességgel fogyaszt alkoholt a megkérdezettek 5,0%-a.

Az ELEF a teljes vizsgált 15-74 éves népességre vonatkozóan nem közöl adatot. A nemenkénti adatok azt mutatják, hogy a férfiak 81,4%-a és a nők 61,5%-a ivott legalább egyszer alkoholtartalmú italt a kérdezést megelőző évben (KSH 2021).

A HBSC 2017/2018-ra vonatkozó adatai szerint a megvizsgált iskolás népesség 60,7%- fogyasztott már az életében alkoholt, az előző hónapban fogyasztók aránya 39,5%. Minél magasabb évfolyamra jár egy diák, annál magasabbak a prevalencia-értékek. Míg az 5. évfolyamosok 23,7%-a ivott már életében, és csak 10% fogyasztott alkoholt a kérdezést megelőző hónapban, addig a 11. évfolyamosoknál a megfelelő arányok: 92,2% és 70%.

Az ESPAD 16 évesekre vonatkozó eredményei szerint az életben már legalább egyszer fogyasztók aránya 92%, az előző évben fogyasztók aránya 83,4%, az előző hónapban fogyasztók aránya pedig 65%, azaz a HBSC 11. évfolyamosaira vonatkozó adatokhoz hasonló eredményeket mutat a kutatás.

Az OLAAP adatai azt mutatják, hogy a felnőttek 19,5%-a volt már legalább egyszer részeg a kérdezést megelőző évben és 7,4% a kérdezést megelőző hónapban. 3,2% számolt be legalább egyszeri nagyivásról az előző hónapban. A HBSC a teljes mintára vonatkozóan a lerészegedés 36,9%-os életprevalencia-értékét mérte. Az előző hónapban legalább egyszeri lerészegedés inkább csak a felsőbb évfolyamosokra volt jellemző (11. évfolyamos fiúk: 41,7%, lányok: 34,3%) a HBSC mintában.

A 16 évesekre vonatkozó ESPAD-adatok szerint az előző havi nagyivásról a megkérdezettek 47,1%-a, lerészegedésről pedig 20,9%-a számolt be, azaz kevesebben, mint a HBSC hasonló (11. évfolyamos) korosztályában.

Az ELEF az előző évben nagyivóknak[18] tekinthetők arányát becsülte, ami a férfiak esetében 9,3%, a nők esetében pedig 1,3% volt.

[18] Nagyivóknak az ELEF-kutatás azokat a férfiakat tekintette, akik a megelőző héten legalább 14 italt, és azokat a nőket, akik legalább hét ital fogyasztottak, vagy legalább egyszer előfordult velük rohamivás.

A két, iskolások körében végzett kutatás szerint a 16 évesek / 11. évfolyamosok körében az előző hónapban és az ESPAD-adatok szerint az előző évben alkoholt fogyasztók aránya is magasabb, mint a teljes felnőtt népességben. A problémás fogyasztásra utaló nagyivás és lerészegedés is elterjedtebbnek látszik az iskolások között, mint a 18-64 éves népességnél.

A fogyasztott italok fajtájára vonatkozóan az OLAAP a mennyiségi és gyakorisági adatok alapján is a sör dominanciáját jelzi a férfiaknál. A felnőtt nők, gyakoriság és mennyiség alapján is, elsősorban bort fogyasztanak. A HBSC szerint a fiatalabb fiúknál még a bor a leginkább fogyasztott italfajta, idősebb korban azonban, az ESPAD-eredményekhez és a felnőttekhez hasonlóan, már a sört fogyasztják a legnagyobb arányban. A lányoknál, eltérően az OLAAP-tól, mindkét iskolai kutatás a tömény italok dominanciáját mutatja.

A társadalmi-demográfiai különbségek tekintetében hasonló jellemzőket mutat mindegyik kutatás.

A férfiak veszélyeztetettsége nagyobb, mint a nőké, bár a fiatalok között a két nem közötti különbségek sokkal kisebbek, mint a felnőtteknél. Az iskolavizsgálatok és a felnőttvizsgálat mutatói közötti különbségek egyértelműen azt jelzik, hogy általában az alkoholfogyasztás és annak problémásabb jellege is elterjedtebb az iskolások között. Az OLAAP eredményei kimutatják, hogy a felnőtt mintán belül az alkoholfogyasztók átlagosan két évvel fiatalabbak, mint a nem fogyasztók. Ugyanakkor a problémás fogyasztás a felnőttek között 35 év felett kezd növekedni, és a legnagyobb arányú a 45–54 éves korcsoportban. Az ELEF adatai szintén arra utalnak, hogy az alkoholfogyasztás rohamivással[19] mért problémásabb formája elsősorban a középkorúakra jellemző: a 30–59 éves népesség körében a leggyakoribb, a 60 év felettiekre és a 30 év alattiakra kevésbé jellemző (KSH, 2021).

Mindegyik kutatás arra a következtetésre jut, hogy a jobb társadalmi státus rendszeresebb alkoholfogyasztással jár együtt. Az OLAAP a magasabb jövedelemhez, jobb munkaerőpiaci pozícióhoz és általában a kedvezőbb társadalmi státushoz kapcsolódóan, az ELEF a magasabb iskolai végzettséghez és a jövedelemhez kötődően, a HBSC és az ESPAD a magasabb presztízsű gimnáziumokba járók, jobb anyagi helyzetűek és a magasabb iskolai végzettségű szülők gyerekei esetében mutattak ki gyakoribb/rendszeresebb alkoholfogyasztást. Abban is megegyeznek a kutatások, hogy a hátrányosabb társadalmi helyzet a problémásabb jellegű alkoholfogyasztás esélyét növeli. A család szerepe minden kutatásban egyértelműen igazolódik: azok a fiatalok, akik családjában jelen vannak az édesszülők, sokkal kisebb valószínűség-

[19] Rohamivásnak az ELEF során az egy alkalommal legalább 1 liter bor vagy 2 dl tömény vagy 2 liter sör elfogyasztását tekintették.

gel válnak problémás fogyasztókká, mint a többi családtípusban nevelkedők. A családi kapcsolat jellege szintén összefüggést mutat a problémás fogyasztással: a szülői kontroll hiánya, a szülőkhöz fűződő kapcsolatokkal való elégedetlenség, a családi devianciák növelik a problémás fogyasztás kialakulásának az esélyét. A fiatalok esetében a szorosabb baráti kapcsolatok, az elmenős szabadidő-eltöltési formák is hozzájárulnak a problémásabb alkoholfogyasztás kialakulásához.

Egyértelműen szoros összefüggés mutatható ki az általános lelkiállapot, jól-lét, anómia, elégedettség, valamint a problémás ivás között: minél rosszabbak ezek a mutatók, annál nagyobb a valószínűsége a problémás fogyasztás megjelenésének.

Végül mind a HBSC-, mind pedig az ESPAD-kutatások határozott kapcsolatot mutatnak az online töltött idő és az alkoholfogyasztás között: minél inkább online történik a fiatalok közötti kommunikáció, és a szabadidő minél nagyobb részét töltik online, annál mérsékeltebbé válik az alkoholfogyasztás.

A hosszabb távú trendeket tekintve szintén hasonló tendenciákat jeleznek a kutatások. Az OLAAP szerint a felnőtteknél 2001 és 2003 között csökkent a fogyasztás és a nagyivás, de nőtt a lerészegedés. 2007 és 2015 között már minden mutató javult. A 2019. évi adatfelvétel a rendszeresebb ivás és nagyivás esetében növekedést, a többi mutatónál csökkenést jelez.

A leghosszabb időtávot átfogó HBSC kutatás a 90-es évek közepéig növekedést, majd utána csökkenést mutat az alkoholfogyasztásban. A lerészegedés sok éven keresztül nem változott jelentősen, de 2009/2010 után elsősorban a fiúknál csökkent. A kedvező változás jelentősebb mértékű volt a HBSC kutatásban részt vevő fiatalabb diákok között, mint a 15 éveseknél.

Az ESPAD adatai 2011-ig az alkoholfogyasztás kisebb mértékű, a nagyivás nagyobb mértékű növekedését mutatják. 2011 és 2015 között minden alkohollal kapcsolatos mutató javult, kivéve az egy alkalommal egyszerre elfogyasztott mennyiséget, ami folyamatosan nőtt. 2015 és 2019 között az alkoholfogyasztás mutatói kismértékben növekedtek a 16 évesek között.

Az ELEF adatai rövidebb időszakra vonatkozó változásokról tudnak képet adni. Eszerint 2009 és 2014 között a férfiaknál nőtt az előző évben alkoholt fogyasztók és a nagyivók aránya is, 2014 és 2019 között a fogyasztók aránya nem változott, a nagyivók aránya pedig enyhén csökkent. Ugyanebben az időszakban a női alkoholfogyasztók aránya jelentősebb, a nagyivók aránya pedig enyhe növekedést mutat.

A különböző időintervallumokat átfogó adatfelvételek azt mutatják tehát, hogy kezdetben a fogyasztás főbb mutatói jeleztek javulást, a 2000-es évek első évtizede második felében, végén pedig már a lerészegedés és a nagyivás

is javuló tendenciát mutatott. Az utolsó adatfelvételek mindegyik kutatásnál a javuló tendencia megtorpanását, egyes mutatók esetében újabb romló tendenciát jeleznek.

## HIVATKOZÁS

KSH (2021). *Alkoholfogyasztás 2019.* KSH, Budapest. https://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p_kiadvany_id=1067761&p_temakor_kod=KSH&p_lang=HU (letöltés ideje: 2022.07.04.).

# 12. ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

Elekes Zsuzsa

## 12.1. AZ ADATOK MINŐSÉGE ÉS ÉRTELMEZÉSÜK KORLÁTJAI

Kötetünk egyik célja az volt, hogy feltárjuk azokat a torzító tényezőket, korlátokat, hiányosságokat, amelyekkel az alkoholprobléma mérésére, jellemzésére használt adatok értelmezésekor számolnunk kell.

Azokkal az általános problémákkal, amelyekről a módszertani fejezetben szóltunk, Magyarországon is számolnunk kell.

A problémák egy része különböző okok miatt *rejtve marad* az adatgyűjtők és adatszolgáltatók számára. Nyilvánvaló *alábecsléssel kell számolnunk szinte majdnem minden mutatónál.* Az alábecslések oka lehet az, hogy az adatszolgáltatók különböző okok miatt *nem tudják, vagy nem akarják számba venni a problémát jelző esetek számát*, de alábecsléshez vezethet a probléma *nem megfelelő definiálása* is.

Az *egy főre jutó fogyasztás* rendelkezésre álló mennyiség alapján előállított adatai a nem regisztrált, Magyarországon elsősorban a házilag előállított mennyiség fogyasztása miatt feltehetően a ténylegesnél kevesebb fogyasztást jeleznek. Bár a NAV rendszeres adatgyűjtést végez a legális és nem legális pálinkafőzésre vonatkozóan, a szakemberek szerint ezek az adatok a *nem jogkövető magatartás, valamint az alacsony és csökkenő felderítési arány* miatt jelentős alábecslést tartalmaznak. Az önbevalláson alapuló vizsgálatoknál szintén számolnunk kell azzal, hogy a válaszolók fogyasztásuk egy részét *eltitkolják, nem emlékeznek rá.* Míg azonban a nem regisztrált fogyasztás összfogyasztáson belüli arányát jelentősen befolyásolhatják a jogszabályok (milyen feltételek mellett és mekkora mennyiséget lehet otthon legálisan előállítani), az árak és egyéb tényezők (pl. egy kvalitatív kutatásunkból tudjuk, hogy a Covid miatti határlezárások, majd később az ukrán háború miatt jelentősen lecsökkent az illegális határ menti alkohol- és cigarettacsempészet). Az önbevalláson alapuló kutatásoknál a bevallás mértékét elsősorban az alkoholfogyasztás és az alkoholt fogyasztók megítélése befolyásolhatja. Mivel ugyanezekből a kutatásokból azt feltételezhetjük, hogy Magyarországon az alkohollal kapcsolatosa attitűdök hosszabb távon nem mutatnak jelentős ingadozásokat, a trendek vizsgálatára mindenképpen jól használhatók ezek az adatok.

Egyértelműen alábecslés feltételezhető a *munkahelyi balesetek* esetében. Ha egy munkahelyi baleset az alkoholfogyasztás hatása alatt következik be, akkor az egyrészt a munkáltató felelőssége (nem ellenőrizte/korlátozta megfelelően a dolgozók alkoholos befolyásoltságát), másrészt a dolgozó elesik a baleseti táppénztől, így egyértelmű, hogy *egyik félnek sem érdeke az alkoholos munkahelyi baleset bejelentése.*

Az *esetek nem megfelelő definiálása* talán legnagyobb bizonytalanságot az *alkoholra visszavezethető halálozásoknál* okoz.

A halottvizsgálati bizonyítványok rögzítik a halál okát, és a szakirodalom elegendő információt ad ahhoz, hogy definiálni lehessen, mely BNO-kategóriákhoz tartozó halálesetek vezethetők vissza túlzott alkoholfogyasztásra. Ugyanakkor a szakirodalomban is léteznek tágabb és szűkebb megközelítések arra vonatkozóan, mely BNO-kategóriákat érdemes figyelembe venni az alkohollal kapcsolatos halálokok meghatározásakor.

A halálozási adatok esetében legfőbb problémát azonban az *adatszolgáltatói oldal vizsgálatának hiánya* jelenti. Azaz nem tudni, hogy az adatszolgáltatók (háziorvosok, kezelőorvosok) *milyen döntések alapján töltik ki a halottvizsgálati bizonyítványt.* Szakértők szerint csak a kortörténeti adatok elemzése adhatna egyértelmű választ arra, mennyire tekinthetők megbízhatóknak azok az adatok, amelyek az alkoholnak tulajdonított halálokok valamely kategóriájába kerülnek. A haláloki adatokkal készített elemzésünk arra mutatott rá, hogy azokban az esetekben, *ahol a halál okát boncolás állapítja meg, magasabb az alkoholos halálozások aránya az összhalálozáson belül, mint ott, ahol háziorvos vagy kezelőorvos tölti ki a halottvizsgálati bizonyítványt.* Ez pedig nagyon határozottan azt valószínűsíti, hogy a háziorvosok, kezelőorvosok az alkoholos halálesetek egy részét valami más halálokként regisztrálják.

A megfelelő definíciók hiánya és az alkohollal kapcsolatos esetek elkülönítése más területeken is felmerül. Az *egészségügyi és szociális ellátásban az alkoholbetegek gyakran szerepelnek együtt más szenvedélybetegekkel.* Az adatszolgáltatók *nem regisztrálják külön őket, vagy más diagnózissal (valamilyen pszichiátriai problémával) regisztrálják,* különösen a pszichiátriai ellátásban, vagy több diagnózis esetén nem az alkoholt helyezik előtérbe.

*A munkahelyi baleseteknél a munkáltatóra bízzák a jogszabályok nemcsak az alkoholos befolyásoltság ellenőrzését és tolerálását, hanem azt is a munkáltató dönti el, hogy milyen mennyiség fogyasztását tartja megengedhetőnek a munkahelyen.* Így a probléma felszínre kerülése az eltérő munkahelyi protokolloknak megfelelően igen változatos lehet.

A közúti balesetekre vonatkozó adatoknál azok az esetek be sem kerülnek a nyilvántartásba, ahol nincs személyi sérülés, vagy az érintettek megegyez-

nek egymással, más esetekben pedig, ha nincs véralkoholvizsgálat, akkor *a baleseti helyszínelő véleménye dönti el, hogy volt-e alkoholos befolyásoltság, vagy sem.*

A *gyermekvédelemben szintén elég esetlegesnek tűnik az alkohol miatti veszélyeztetettség önálló megjelenése.* Általában összemosódik más szenvedélybetegségekkel vagy a szülők életvitelére vonatkozó egyéb problémákkal.

A *különböző, adatot szolgáltató intézmények szervezeti és funkcionális változásai szintén erőteljes hatással vannak az adatok alakulására.* Ezek a változások talán *leginkább az egészségügyi, szociális és gyermekvédelmi intézményekre vonatkozó adatokat érintik.* Az alkoholbetegek korábban elsősorban az alkoholgondozó hálózatban jelentek meg, és egyértelműen alkoholbetegként kerültek be a statisztikákba. Bár korábban is előfordulhattak pszichiátriai intézményekben, ez a tendencia az alkoholellátó-hálózat beszűkülésével felerősödött. A nem kifejezetten alkoholgondozóban kezelt betegek közül sokakat valamilyen pszichiátriai problémával vagy a „szenvedélybetegség" összefoglaló kategóriával regisztrálnak. A *szociális ellátás egy része, az alacsonyküszöbű intézmények és az önsegítő csoportok szinte teljes mértékben kimaradnak az adatszolgáltatásból.*

A *gyermekvédelmi intézmények struktúrájának folyamatos átalakítása és a feladatmegosztás állandó változtatása az adatok tartalmát is folyamatosan átalakítja*, így szinte lehetetlenné válik az adatok hosszabb időre vonatkozó értelmezése.

A *jogi környezet változása* szintén számos szempontból befolyással van az adatok tartalmára. Korábban már említettük a *házi pálinkafőzésre vonatkozó jogszabályok változásának* a hatását. A *gyermekvédelmi intézmények struktúrájának és így az adatok tartalmának a változása szintén a jogi környezet változásával van összefüggésben.* Az *alkohollal kapcsolatos vagy annak hatása alatt elkövetett bűncselekményekre vonatkozó adatokra közvetlen hatással voltak a 2008-ban bevezetett „zéró" tolerancia vagy a 2012. évi szigorítások vagy az ENyÜBS 2011. és 2018. évi módosításai.* Az alkoholos munkahelyi balesetek számának alakulását befolyásolta a *2016. évi törvénymódosítás, amelynek következtében fegyelmezettebbé vált a munkahelyi balesetek bejelentése.*

Összességében az a benyomásunk alakult ki, hogy az alkoholprobléma mértékének a leírását szolgáló adatok minőségét befolyásoló legfőbb tényezők közé tartozik *a probléma definiálatlansága* (mi alapján kell egy esetet alkohollal kapcsolatos érintettség miatt regisztrálni), ennek következtében az *esetek megítélésében megjelenő egyéni (esetleg előítéletes) megítélés és intézményi érdekek* (alkoholos munkahelyi balesetek negatív következménye a munkáltatóra), *az intézményi struktúra gyakori átalakítása*, amit a statisztikai

adatszolgáltatás nem tud megfelelő módon követni, és sok esetben *a probléma különböző okok miatti elrejtésére irányuló törekvés.*

Túl azokon az általános problémákon, korlátokon, amelyek az alkoholprobléma becslését nemzetközi szinten is megnehezítik, úgy véljük, hogy Magyarországon *a probléma iránti általános érdektelenség is hozzájárul ahhoz, hogy az adatok nem megbízhatóak, nincs semmiféle törekvés arra vonatkozóan, hogy a különféle adatszolgáltatók számára egyértelmű protokollokat határozzanak meg a probléma beazonosítására, illetve hogy az alkohollal kapcsolatos jelenségeket egyértelműen elkülönítsék más egészségügyi, szociális és jogi problémáktól.* A szakpolitikai szerveket semmi nem motiválja arra, hogy szakpolitikájukat objektív tényekkel alátámasszák és eredményességét vizsgálják, hiszen *nincs semmilyen szakpolitika, ami az alkohol okozta – igen jelentős mértékű – egészségügyi és társadalmi károkat mérséklését célozná, és a kereslet (intézményi háttér) hiányában nincsenek olyan szakemberek sem, akik napi munkájuk során szembesülnének az adatok hiányosságaival, és felhívnák erre az adatszolgáltatók figyelmé*t. Úgy véljük, hogy az adatok minőségében kifejeződik az, hogy sem a politika, sem pedig a közvélemény nem érzékeli a hazai túlzott alkoholfogyasztás egészségterheit.

## 12.2. TRENDEK

A fenti korlátok figyelembevételével együtt is úgy véljük, hogy az alkoholfogyasztás és az ebből eredő problémák több évtizeden át tartó *romló tendenciája megállt, és több mutató egyértelmű javulásra utal.* A fogyasztásra vonatkozó makrostatisztikai adatok és az önbevallásos vizsgálatok is azt mutatják, hogy *a fogyasztás csökkenése elsősorban a 2000-es évek első évtizedében következett be, az utóbbi évek adatai pedig inkább stabilitást, néhány mutató pedig újabb romlást jelez.* A makrostatisztikai adatok szerint a csökkenés elsősorban a borfogyasztás csökkenésének köszönhető, a sör és a tömény italok fogyasztása inkább hullámzó. A makroadatok szerint manapság a magyar népesség tisztaszesz-tartalom alapján nagyjából hasonló arányban fogyaszt bort, sört és tömény italokat. Az önbevallásos vizsgálatok a sörfogyasztás dominanciáját mutatják elsősorban a férfiak körében. A nőkre inkább jellemző a borfogyasztás, de különösen a fiatal lányoknál kifejezetten domináns a tömény italok fogyasztása. A hazai fogyasztáscsökkenés beleillik a nemzetközi tendenciákba. A makroadatok alapján az európai országok háromnegyedében csökkent az alkoholfogyasztás az elmúlt években, és az önbevalláson alapuló kutatások is azt mutatják, hogy az alkoholfogyasztás mérséklődése nemzetközi tenden-

cia, sőt, Európa jelentős részén korábban elkezdődött, mint nálunk. Magyarország némi késéssel követi a nemzetközi trendeket, és a javuló tendenciák ellenére még mindig a világ vezető országai közé tartozik az egy főre jutó alkoholfogyasztás terén.

*A halálozási adatok szintén jelentős javulást mutatnak* a vizsgálatba bevont 1995–2019 közötti időszakban. A csökkenés mértéke azonban az 1995–2005 közötti időszakban volt jelentős, a *2000-es évek második évtizedét inkább a stagnálás jellemezte.*

Csökkent az alkoholprobléma miatt akár alkoholgondozóban, akár pedig pszichiátriai ellátásban kezeltek száma. Míg azonban a fogyasztási és halálozási adatokban kifejeződő tendenciák valós változásokon alapulnak, *a kezeltek számának csökkenéséhez erősen hozzájárult az ellátóhálózat kapacitásának jelentős beszűkülése*, valamint az addiktológiai és pszichiátriai ellátó intézmények finanszírozási szabályainak megváltozása.

Csökkenést láthatunk az alkohollal kapcsolatos közúti balesetek számának/arányának az alakulásában, ami valószínűleg a jogszabályi szigorításokra vezethető vissza.

A munkahelyi balesetek számának alakulása a nagyon alacsony esetszámok (feltehetően nagy arányú látencia) miatt, a gyermekvédelmi adatok pedig az állandó jogszabályi és strukturális változások miatt nem teszik lehetővé a tendenciák értelmezését.

## 12.3. TÁRSADALMI-DEMOGRÁFIAI TÉNYEZŐK

A különböző forrásokból származó adatok igen eltérő mélységben adnak információt az érintett populáció társadalmi-demográfiai jellemzőiről. A legrészletesebb adatok az önbevallásos vizsgálatokból származnak, de a halálozási adatokból is néhány lényeges információ kiszűrhető. Az OSAP- és a TDI-adatok, valamint az ENyÜBS-ből származó információk szintén alkalmasak néhány fontosabb társadalmi-demográfiai jellemző vizsgálatára, de amint azt a módszertani fejezetben már kifejtettük, az ellátó intézménybe vagy az igazságszolgáltatás hatókörébe kerülés önmagában is lehet valamilyen kirekesztődési, minősítési folyamat következménye, és így az itt regisztrálásra kerülők társadalmi jellemzői bizonyos torzításokat tartalmazhatnak, nem feltétlenül az alkoholprobléma általános társadalmi jellemzőit mutatva.

A túlzott alkoholfogyasztás vagy a problémás alkoholfogyasztás a *férfiakat* mindig, minden kultúrában *nagyobb arányban érintette, mint a nőket*. Ezt támasztja alá minden vizsgált adatforrásunk is. Ugyanakkor *a férfi-nő kü-*

*lönbség csökkenőben van,* amit több adatunk is alátámaszt. Az önbevallásos vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy a fiatalok között kisebb a fiú-lány különbség, mint a felnőttek között, és bizonyos időszakokban ez a különbség azonos korcsoportokon belül is csökkent. A halálozási adatokban a férfiaknál nagyobb mértékű volt a csökkenés, így ez önmagában a férfi-nő különbség csökkenéséhez vezetett. A nemi különbségek csökkenését mutatják az egészségügyi ellátásra vonatkozó adatok is, itt azonban a csökkenés oka nem feltétlenül a két nem fogyasztásának a közeledése, hanem azzal is magyarázható, hogy ma a nők is nagyobb arányban felvállalják alkoholproblémájukat, mint korábban.

Az önbevallásos vizsgálatok alapján azt valószínűsítjük, hogy az alkoholfogyasztás és annak problémásabb megjelenési formái (lerészegedés, nagyivás) *elterjedtebbek a fiatalabb korcsoportokban.* Ugyanakkor az OLAAP-adatok arra is rámutatnak, hogy ha csak a felnőtt mintát vesszük figyelembe, akkor *a problémás fogyasztás a 45–54 éves korcsoportban a legnagyobb.* A kezelési és halálozási adatok azt mutatják, hogy az alkoholra visszavezethető *egészségügyi terhek az idősebb korosztályokat érintik.* Az egészségügyi ellátásban az 55–64 éves korosztály jelenik meg legnagyobb arányban. Az alkoholos *halálozás is az idősebbeket érinti nagyobb mértékben.* Fontos megállapítása a halálozási adatokon végzett elemzésnek, hogy az *alkoholos halálozás miatt meghaltak átlag életkora jóval alacsonyabb, mint az egyéb halálok miatt meghaltaké.* A különböző adatok korcsoportos elemzései arra utalnak, hogy alkoholfogyasztással kapcsolatos probléma tulajdonképpen minden korcsoportot érint, de a probléma jellege korcsoportonként változó lehet.

Az önbevalláson alapuló kutatások alapján arra a következtetésre juthatunk, hogy *a jobb társadalmi státus rendszeresebb alkoholfogyasztással jár együtt, a hátrányosabb társadalmi helyzet pedig inkább a fogyasztás problémásabb formáit erősíti.* A problémákat leíró makrostatisztikai adatok egyértelműen a hátrányosabb helyzetűek nagyobb érintettségét jelzik. A halálozási adatok azt mutatják, hogy az alkoholos halálozás legjellemzőbb az alacsonyabb végzettségűek (8 osztállyal vagy szakképzettséggel rendelkezők) körében, és különösen magas a munkanélküliek között. Az egészségügyi ellátásban, a bűnözési statisztikákban vagy az alkoholos eredetű baleseteknél szintén inkább a középfokú vagy alacsonyabb iskolai végzettségűek jelennek meg nagyobb arányban. Kivételt csupán a TDI-adatbázis jelent, ahol a magasabb iskolai végzettségűek nagyobb arányban szerepelnek. A TDI-adatbázisban szereplők esetében azonban a kezelésbe kerülés elsődleges oka a kábítószerfogyasztás, az alkohol pedig csak társult problémaként jelenik meg. Így az eltérő társadalmi összetétel feltehetően a kábítószer-fogyasztók más jellemzőivel magyarázhatók.

Az önbevallásos vizsgálatok a fentieken túl a család megóvó szerepére is felhívják a figyelmet. Egyértelműen szoros kapcsolat mutatható ki az általános lelkiállapot, a jól-lét, az anómia, az elégedettség, valamint a problémás ivás között: minél rosszabbak ezek a mutatók, annál nagyobb a valószínűsége a problémás fogyasztás megjelenésének. A fiatalok esetében a szorosabb baráti kapcsolatok, az elmenős szabadidő-eltöltési formák szintén hozzájárulnak a problémásabb alkoholfogyasztás kialakulásához.